Rok XXXIII. Kraków 10. Listopada 1894 r. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. WSTĘPNY WYKŁAD

Doc. Dra Leona Wachholza

przy objęciu katedry medycyny sądowej we Wydziale prawa i administracyi Uniw. lwowskiego w d. 13. Października 1894.

Panowie! Rozmaitemi drogami kroczy duch ludzki, niezmużony w dociekaniu prawdy. Liczne wynikają ztąd działy nauk i umiejętności, które chociaż są różne, bo do różnych zdążają celów, przecież zawsze w pewnych swych częściach spotykają się ze sobą, wiążąc się niejako w jeden wieniec wielkiej całości. Zdawałoby się, że umiejętność lekarska stanowi tak odrębną gałąź wiedzy ludzkiej, iż jeźli się ona łączy z którąkolwiek inną umiejętnością, to jedynie tylko z naukami przyrodniczemi. Tymczasem widzimy, że wiedza lekarska łączy się z naukami technicznemi i z szkolnictwem przez jednę ze swych gałęzi, t. j. przez higienę, łączy się ona z umiejętnością prawa przez gałąź swą, zwaną medycyną sądową.

Medycyna sądowa, z której zarysem zaznajomić Panów będzie moim obowiązkiem w myśl zaszczytnego dla mnie wezwania Świetnego Wydziału prawa i administracyi, jest nauką, która stanowi niejako pomost, łączący dwa odrębne działy umiejętności prawniczej i lekarskiej. Na jej polu podaje lekarz dłoń pomocną sędziemu, by tem łatwiej dojść do rozjaśnienia zagadki, dojść do odgadnienia prawdy.

Medycyna sądowa to, jak nazwa wskazuje, umiejętność lekarska a różni się tem od reszty nauk lekarskich, że czerpiąc z nich żywotne soki, oddaje je w służbę sprawiedliwości. Jest ona zatem nauką zastósowaną do potrzeb praktyki sądowej. Łączy ona w sobie zdobycze wszystkich gałęzi nauk lekarskich, dorzucając do nich własne, sobie tylko właściwe. Nauki lekarskie sięgają swymi początkami odległej starożytności; niestety nie można tego powiedzieć o naszej gałęzi, bo jakkolwiek dopatrują się niektórzy badacze, jak n. p. historyk Haeser, jej początków również w tych czasach, to przecież możemy śmiało pominąć je milczeniem, jako nie zasługujące na wzmiankę. Prawdziwych początków medycyny sądowej dostarczył wiek XVI., kiedy to duch ludzki, przebudzony z długiego snu wieków średnich, zwrócił się żywo na drogę badań i to badań wielkiej i małej przyrody, o której pierwszy autor sądowo-lekarski, Fidelis wyraża się: *etsi magna est Aristotelis auctoritas, major tamen naturae vis est.* W wieku XVI. poczęto coraz to częściej posługiwać się zdaniem lekarzy w odpowiednich przypadkach sądowych a to najpierw we Francyi i we Włoszech; to też kraje te dostarczyły pierwszych autorów sądowo-lekarskich, mianowicie Ambrożego Pareusza, Codronchiego, wreszcie Fortunata Fedeliego i Pawła Zakchiasza. W Niemczech poprzedziły trzy ustawy rozwój medycyny sądowej, mianowicie ustawa bamberska z r. 1507., brandenburska z r. 1516. a nadewszystko surowa ustawa karna Karola V. z r. 1532.

Rozwój wszakże medycyny sądowej nie wstąpił zaraz w ślady nowych ustaw, zwłaszcza ostatniej a to dlatego, że ustawa rzeczona nie obowiązywała w całych Niemczech, powtóre, że tam, gdzie decydowała, nie przestrzegano jej ściśle. Ztąd więc rozwój medycyny sądowej w Niemczech zaczyna się od drugiej połowy XVII. wieku, mianowicie od chwili wystąpienia profesorów Ammana i Bohna.

Raz wszedłszy na właściwe tory, rozwijała się medycyna sądowa nader pomyślnie a świetny jej stan obecny zawdzięczamy usilnym pracom tak głośnych autorów, jak Casper, Liman, Maschka, Blumenstok, Hofmann ze znakomitą swą szkołą, Orfila, Tardieu, Brouardel, Ogston, Taylor i t. d. Z tych głośnych w nauce nazwisk muszę wymienić dwa, aby choć w części uczynić zadość obowiązkowi wdzięczności, t. j. profesora Blumenstoka (Halbana), mistrza mego i szefa i radcy dworu prof. Hofmanna, z których rozległej wiedzy wolno mi było w całej pełni zapożyczać się i korzystać.

Mówiąc zaś o nich, nie mogę pominąć milczeniem sumiennego badacza a doskonałego nauczyciela, którego uczone słowa płynęły z tego miejsca do mnóstwa poprzedników Panów! Był nim niestety przedwcześnie zgasły prof. Feigel, Pamięci jego oddając cześć, proszę Panów o uzupełnienie jej przez powstanie.

Objaśniwszy Panom cel i stanowisko nauki naszej w rzędzie reszty nauk lekarskich, skreśliwszy w kilku rysach jej rozwój historyczny, pragnąłbym jeszcze w tym pierwszym wykładzie zwrócić Panów uwagę na znaczenie znajomości nauki naszej dla Was, jako przyszłych sędziów, oskarżycieli lub obrońców.

W najnowszym planie studyów prawniczych, obowiązujących już na mocy ministeryalnego rozporządzenia od bieżącego półrocza, dostrzegliście Panowie, iż wykłady z medycyny sądowej, choć nie są objęte szeregiem tak zwanych obowiązkowych przedmiotów, jednak Waszej uwadze polecono.

Godzi się zapytać, dlaczego znajomość medycyny sądowej ma dla Panów znaczenie?

Jeźli się myślą cofniemy nieco wstecz w czasy, w których obowiązywała ustawa o postępowanin karnem wydana w roku 1853., to przekonywamy się, iż wówczas musiał sędzia uwolnić obżałowanego od winy mimo przekonania o jego winie, jeźli zeznania obżałowanego, naoczne widzenie a wreszcie orzeczenie znawców nie dały dostatecznych dowodów do jego potępienia. Już z tej osnowy wynika, że zakres samodzielnej czynności sędziego był nader ciasny. Tymczasem §. 258. obecnie obowiązującej ustawy o postępowaniu karnem rozszerza zakres działania sędziego, odtąd wydaje on wyrok na podstawie wyniku dowodowego postępowania i własnego uznania. Jeźli na rozstrzygnięcie o winie ludzkiej ma wpływać własne przekonanie sędziego; to aby ono było słusznem i z prawdą zgodnem, należy mu się oprzeć na pewnych, trwałych podstawach. Jeźli zatem sędzia ma wyrokować w sprawie, której wyjaśnienie wymaga znajomości zasad nauk lekarskich, jasna rzecz, powinien on o ile możności zaznajomić się z niemi. Te potrzebne zasady nauki, jemu zresztą obcej, podać mu może w wystarczający sposób medycyna sądowa, którą też w uznaniu istotnej potrzeby wliczono w poczet przedmiotów wykładowych.

Mimo to jednak nie osiągnięto przez to w zupełności pożądanego skutku; polecenie zaznajomienia Panów z zarysem nauki naszej pozostaje niestety wcale tylko teoryą.

Wszakżeż nie tylko u nas, lecz i w Niemczech można się spotkać ze zdaniem, że medycyna sądowa to przedmiot zajmujący, lecz nie w całości. Są w niej ustępy, które warto usłyszeć z katedry, są jednak i takie, które nie są w stanie zająć prawnika.

I w istocie jakżeż to częstem jest zjawiskiem, że w czasie wykładów z pewnych działów medycyny sądowej audytoryum szczelnie się zapełnia bez względu na to, że znaczenie działu tego jest nierównie mniejszem od innych, które stanowią ów mniej zajmujący temat dla prawnika, jakkolwiek znajomość ich dokładna częściej jest potrzebną w praktycznem życiu.

Przekonacie się Panowie w biegu wykładów, że nauka nasza, podobnie jak i wszystkie nauki lekarskie, nie jest skończoną i już zamkniętą, lecz, że owszem postęp jej, dociekanie niewyjaśnionych jeszcze zagadnień, zatrudnia umysły mnóstwa badaczy i długo zatrudniać będzie. Przekonacie się, że nauka nasza mimo usilnych dążeń pozostawia wiele zagadnień nierozjaśnionych lub wątpliwych; ocenienie zaś należyte wszystkich zagadnień czyni zależnem od biegłości i dokładnej znajomości przedmiotu. Zadaniem znawcy lekarza jest wyjaśnić i wytłómaczyć sędziemu pewne kwestye zachodzące w danym przypadku sądowym, ścisły mające związek z naukami lekarskiemi.

Ażeby mogli wzajemnie zrozumieć się znawca lekarz i sędzia, musi lekarz zdanie swe zastósować do właściwych wymagań prawa, sędzia zaś powinien być bodaj teoretycznie przygotowanym do należytego zrozumienia orzeczenia lekarskiego. Jak z jednej strony brak znajomości zasad medycyny sądowej u lekarza, choćby najwięcej wykształconego w praktycznym swym zawodzie, nie dozwala mu występować przed sądem w roli znawcy, tak z drugiej strony tenże sam brak znajomości nauki naszej u sędziego, zniewala go do bierności, do ślepego zawierzania wezwanemu znawcy. I jeszcze porozumienie się lekarza ze sędzią nieświadomym zasad medycyny sądowej będzie łatwiejszem, jeźli rozchodzi się o ocenienie pewnego stanu fizycznego, n. p. uszkodzenia cielesnego. W przypadkach wątpliwego stanu umysłowego może często obudzić się u podobnego sędziego brak wiary w opinię lekarską, która łatwo dać może powód do objawienia zdań zbyt lekceważących naukę. Mam tu na myśli zdanie sędziów dość pospolite, iż lekarze dziwną znajdują przyjemność w rozpoznawaniu obłąkania tam, gdzie go w istocie nie ma, ba nawet! co gorsza, przypominam sobie zdanie pewnego sędziego angielskiego wyrzeczone wśród rozprawy, że rozpoznanie obłąkania u podsądnego zamożnego stanowi u lekarzy znawców wygodny a pewny fortel dla ocalenia człowieka przewrotnego od hańby i kary!

Powiada przysłowie, że trudno mówić pozbawionemu wzroku o kolorach. Trudno a nawet wprost nie można poddawać w wątpliwość zdania znawcy, jeźli się nie posiada odpowiednich wiadomości.

Jako ludzie mylimy się i często, jednak częstość omyłek jest indywidualną a zależy od przygotowania się naszego, od doświadczenia i wprawy. Ztąd też częściej omyli się znawca niezawodowy, niż zawodowy; pierwszy może omylić się w swem orzeczeniu nawet w granicach dostępnych dla sędziego obeznanego z medycyną sądową. I w tem tkwi także doniosłość znajomości nauki naszej dla Panów. Znajomość jej nie tylko ułatwi wzajemne porozumienie się Panów ze znawcą, lecz da Wam możność własnego sądu, własnego przekonania, z którego skorzystacie jawnie tam, gdzie opinia znawców wyda się Wam mylną, niedokładną lub niejasną. Na tej podstawie będziecie w stanie niejednokrotnie zwrócić uwagę lekarzy na okoliczności przez nich zupełnie pominięte lub niedostatecznie wyjaśnione, ocenicie sprawiedliwie, czy zachodzi potrzeba zasięgnięcia zdania innych znawców lub zdania wydziałów lekarskich.

Wreszcie pominąwszy korzyści, jakie wypłyną ze znajomości nauki naszej w przyszłem Waszem urzędowaniu, toć trzeba przyznać, że znajomość nauki łączącej w sobie wszystkie gałęzie nauk lekarskich a po części i przyrodniczych, posłuży Panom znakomicie do rozszerzenia wykształcenia, do rozwinięcia poglądu na wiecznie młodą, piękną a niezgłębioną przyrodę.

Kończąc ten pierwszy wykład, oddaję się tej myśli, iż zrozumieliście mnie Panowie należycie, iż poświęcicie chętnie godzin kilka tym wykładom, aby kiedyś powiększyć liczbę tych wszechstronnie wykształconych sędziów, z którymi spotkać się znawcy lekarzowi będzie zawsze miłem a wdzięcznem zajęciem.

II. Z zakładu higienicznego prof. Dra Bujwida w Krakowie.

Przyczynek do badania bakteryologicznego chorobowej wydzieliny górnych dróg oddechowych.

Podał

Dr. Aleksander Baurowicz.

Lubo od wielu lat badano wydzielinę nosa dla wykrycia przyczyny t. zw. *ozaena* czyli *rhinitis chronica atrophica foetida*, przecież badania te nie doprowadziły do żadnego rezultatu a znalezienie znacznej ilości ziarniaków i prątków nie rozwiązało tego pytania. Te same rodzaje, które spotykano w *ozaena*, znajdywano i w innych sprawach chorobowych nosa a nawet w nosie prawidłowym. W jednej tylko chorobie badanie wydzieliny nosa wypadło pomyślnie a mianowicie w zmianach błony śluzowej w twardzielu (*scleroma*).

Zanim poznano przyczynę tej choroby, ograniczano ją wyłącznie do nosa, do tych tylko przypadków, w których nos zmieniał swój kształt, nie wiedziano bowiem, że w błonie śluzowej nosa mogą powstawać zboczenia, które choć nie wywołują zmian w kształcie nosa, przecież mają swą przyczynę w prątku Frischa. Przypadki te jednak przed poznaniem ich właściwej przyczyny znane były jużne storowi laryngologów, Türkowi; szeregi całe opisał Stoerk, dając im miano *blennorhoea chronica* a dopiero z czasem, gdy wykryto przyczynę dla *scleroma nasi* Hebry, przekonano się, że zmiany te mogą istnieć w wysokim nawet stopniu a przecież postać zewnętrzna nosa pozostać może zupełnie bez zmian, dalej, że zmiany te znajdować się mogą i w dalszych częściach górnych dróg oddechowych. Dziś wiemy, że tak zwana *blennorrhoea Stoerki*, w tem właściwem rozumieniu, jak ją przedstawił Stoerk, ma swą przyczynę w *scleroma*. Już Stoerk opisując tę chorobę, zwrócił uwagę na jej nagminne występowanie w prowincyach wschodnio-północnych monarchii austro-węgierskiej; choć dziś sporadyczne jej przypadki trafiają się we wszystkich niemal krajach i częściach świata, przecież największa ich liczba przypada na Galicyę, prowincye polskie pod panowaniem rosyjskiem, dalej Szlask, Czechy i Morawę. Tak w krótkim czasie, bo zaledwo w sześciu miesiącach miałem sposobność spostrzegać 17 przypadków, ściśle obserwowanych tej tak ciężkiej i nieuleczalnej choroby. Przypadki te chorobowe nie ograniczały się tylko do nosa, ale zajmowały też w różnym stopniu jamę noso-gardłową, gardło, krtań i tchawicę a w jednym razie nawet błonę śluzową jamy ust i języka. Choroba ta, tak pospolita w Galicyi a w zwężeniach krtani u dorosłych niemal pierwsze zajmująca miejsce, przecież nie zawsze bywa rozpoznawana należycie przez to, że zmiany w tej chorobie uważa się albo za zmiany nieżytowe albo za kiłę, ba nawet za gruźlicę (w razie zmian w krtani) a jedynie w przypadkach z charakterystycznemi zmianami nosa, nikt nie waha się w rozpoznaniu. Cechą tych ostatnich przypadków jest wreszcie pozostawanie przez bardzo długi czas zmian w nosie, zanim sprawa przeniesie się na dalsze drogi oddechowe, jak gardło, krtań i tchawicę, co było też przyczyną, iż chirurgowie usiłowali przez odpowiednie zabiegi usuwać tę chorobę; we wszystkich jednak przypadkach, choć po latach przyszło do nawrotów tej choroby i dalszego jej szerzenia się na krtań i tchawicę tak, że dziś chirurgowie zaniechali już zabiegów w tej mierze.

W przypadkach twardziela bez zmian zewnętrznych nosa, jak mnie własne przypadki pouczyły, już w $1/2$ roku do 2 lat po zaczęciu się objawów w nosie, zaczęły się dołączać suchość w gardle, chrypka i dalsze następstwa tej choroby. We wszystkich przypadkach, jakie mi spostrzegać wypadło, zajętemi już były całe górne drogi oddechowe; w jednym zaś przypadku z pominięciem krtani zmiany chorobowe usadowiły się w tchawicy, wywołując jej zwężenie. Nie twierdzę bynajmniej, by wszystkie przypadki twardziela musiały zaczynać się w nosie, jak nas o tem pouczają trzy pierwotne przypadki twardziela krtani opisane przez Juffingera a potwierdzone przez badanie histo-bakteryologiczne wyjętych z krtani kawałków, zwracam jednak uwagę na to, by nie ograniczać się tylko do przedmiotowego badania nosa tak od przodu jak tyłu i zadowalać się, że to badanie twardziela nie wykryje, ale w przypadkach tych badać bakteryologicznie wydzielinę nosa i jamy noso-gardłowej i dopiero, gdy to twardziela nie wykaże, mówić o właściwie pierwotnych postaciach tej choroby w krtani. Tych ostatnich badań brak właśnie w przypadkach pierwotnego twardziela krtani opisanych przez Juffingera.

Trudno bardzo jest znaleść przypadek, w którymby badanie wydzieliny nosa dało nam typowe kolonie prątków twardzielowych, bez znalezienia bodaj początkowych już zmian anatomicznych w nosie lub w jamie noso-gardłowej, gardle, krtani i tchawicy. Przecież przy częstych badaniach wydzieliny nosa może się natrafi na przypadek taki, w którym znajdziemy prątki Frischa przy zupełnym braku zmian anatomicznych, mogąc rozpoznać to pierwsze niejako stadyum choroby. Badanie bakteryologiczne wydzieliny nosa odgrywa więc ważną rolę, będąc nam pomocnem w wielu razach w odróżnieniu twardziela od innych chorób; nie powinno się też nigdy go zaniedbywać przy rozpoznawaniu *chorditis vocalis hypertrophica inferior*. Bo jakkolwiek stanowczo twierdzić nie można, że każda *chorditis hypertrophica inferior* ma przyczynę swą w twardzielu, to przecież zważyć musimy na to, iż ta sprawa chorobowa jest bardzo często postacią zmian twardzielowych w krtani. W każdym więc przypadku należy szczegółowo badać nos przez rynoskopowanie tak od przodu jak i od tyłu i zbadać bakteryologicznie wydzieliny nosa.

Miałem sam sposobność przekonać się, że nie w każdym przypadku twardziela krtani a głównie w postaci jej występującej jako *chorditis hypertrophica inferior* uzyskany z niej kawałek wykazał przy badaniu histo-bakteryologicznem twardziel, mimo, że były to przypadki o typowych zmianach w nosie i jamie noso-gardłowej, stwierdzone zresztą przez badanie bakteryologiczne wydzieliny tak z nosa jak i z krtani. Ten rezultat badania miał swoją przyczynę w okresie sprawy chorobowej, dając nam tylko obraz tkanki włóknistej nawet w najgłębszych częściach kawałka. W innych razach nie było wprawdzie komórek Mikulicza ani prątków, ale natomiast znalazłem ogniska tkanki granulacyjnej obok

ognisk starej tkanki łącznej a nadto komórki szkliste (hyalinowe), co przemawiało bardzo za zakaźną naturą tych zmian. Badanie uzyskanych na drodze śródkrtaniowej kawałków z *chorditis inferior* często może twardziela nie wykazać, co jednak jeszcze przeciw twardzielowi nie przemawia, bo w częściach powierzchownych może już być brak zmian charakterystycznych a znajdować się będzie tylko tkanka łączna i zgrubienie przybłonka, w częściach zaś głębszych zmiany mogą być typowe. Kawałki, jakie miałem do zbadania, uzyskane przy laryngofisurze, były dostatecznie duże a przecież nie zawsze dał się w nich wykazać twardziel. Trzeba więc przy opieraniu się na wyniku badania histologiczno-bakteryologicznego być zawsze ostrożnym i dlatego sądzę, że badauie wydzieliny jest bardzo ważne w tych przypadkach, gdzie w nosie brak nam zmian charakterystycznych, badanie kawałka wyjętego z krtani również twardziela nie wykazało a wtedy jedynie badanie bakteryologiczne wydzieliny rozstrzygnie, czy wolno nam w tym przypadku mówić o *chorditis hypertrophica inferior*, mogącej powstać jako następstwo przewlekłego nieżytu krtani, lub być wyrazem idealnych postaci zapaleń ochrzęstnej chrząstki obrączkowej czy nie. Przypadki *chorditis vocalis hypertrophica inferior*, które miałem sposobność spostrzegać, miały swą przyczynę w twardzielu; czy przewlekły nieżyt krtani może wywołać wałkowate zgrubienie popodwięzadłowe, brak mi własnego doświadczenia a zresztą, gdyby była ta t. zw *chorditis hypertrophica inferior e catarrho*, należałaby do bardzo rzadkich przypadków; spotykamy bowiem tak często ciężkie postacie przewlekłych nieżytów krtani a przecież brak nam owych popod więzadłami zgrubień. Że podobne zgrubienia mogą pojawiać się u dzieci cierpiących na częste napady dławca wrzekomego *(pseudocroup)*, lub jako pozostałości po dławcu właściwym i stanowić stałą przez długi czas przeszkodę w oddychaniu, o tem nie wątpię, znając sam podobne przypadki i znajdując je opisane w podręcznikach. Co się tyczy *chorditis vocalis hypertrophica inferior catarrhalis*, nie mam własnych obserwacyj i czekam na przypadek, w którymbym mógł znaleść inną przyczynę, jak twardziel, po wykluczeniu oczywiście *perichondritis cricoidea*, wreszcie nacieków popodwięzadłowych, mających swą przyczynę w gruźlicy lub kile. O obrzmieniach popodwięzadłowych ostrych, mogących wywołać objawy zwężenia a towarzyszących nieraz ostrym zapaleniom krtani, nie wspominam, gdyż sprawa ta jako ostra, nie wchodzi tu wcale w rachubę a zresztą rozpoznanie jej nie ulega żadnej kwestyi.

Idąc za radą prof. Bujwida, któremu na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie, używałem do swoich badań metody poleconej mi przez niego, metody szczepienia wydzieliny wprost na agar-agar [1]) i przekonałem się o znacznych jej zaletach, mogąc już w 12-tu godzinach rozpoznać sprawę, co przy badaniu na płytkach żelatynowych jest wprost niemożliwe. Korzystamy przy tej metodzie znacznie na czasie a nadto szczepiąc w ten sposób na agar-agar i kawałki wyjęte do zbadania mikroskopowego, mamy już dnia następnego rozpoznanie, zanim możemy kawałek ten krajać.

Oczywiście, że nie zaniechałem nigdy badania histologicznego, ale badanie to na agarze ułatwiało mi bardzo rozpoznanie, przemawiając za twardzielem lub przeciwko niemu. Jeżeli sposób tego badania w innych razach nie jest tak odpowiedni, to przy badaniu wydzieliny nosa i kawałków tkanki ze stanowiska głównie dyagnostycznego okazał się bardzo praktycznym i rychło prowadzącym do celu. Wzrost kolonii prątków Frischa na pożywce agarowej, dalej podobnych do nich ziarniaków Friedländera i ziarniaków z otoczkami napotykanych w cuchnącem owrzodzeniu nosa *(ozaena)* jest do złudzenia podobny; te ostatnie wszakże bardzo rzadko znajdujemy w wydzielinie nosa, jak sam mogłem się przekonać. W przypadkach twardziela ilość typowych kolonij jest zawsze bardzo obfita, otrzymujemy prawie czystą hodowlę, gdy natomiast w przypadkach nie wykazujących twardziela podobnych kolonij, jak wspomniałem, wcale niema. Przytem spostrzeżenie prof. Bujwida, iż przy barwieniu kolonij z pierwszych 24 godzin prątki Frischa przedstawiają zawsze bardzo wyraźne otoczki, które przy diplokokach Friedländera wcale nie występują lub bardzo trudno wykazać się dają, może nam stanowczo służyć za podstawę rozpoznawczą tak, że chyba wyjątkowo tylko należałoby się uciec do badania ich własności chemiczno-biologicznych (Paltauf), pozwalających nam odróżnić prątki twardziela od diplokoków Friedländera po tem, że prątki Frischa, rosnąc w mleku, nie wywołują jego kiśnienia; wreszcie pozostałyby nam doświadczenia na zwierzętach.

W końcu niech mi będzie wolno podziękować prof. Pieniążkowi za pozwolenie korzystania z materyału klinicznego.

[1]) patrz *Nowiny lekarskie* Nr. 3. 1892.

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

5) Czy kiłowy płód może zarazić matkę? Wsteczne zarażenie się matki kiłą od płodu (teorya *choc en retour*).

Nadmieniliśmy już poprzednio, iż niektóre matki pomimo zapłodnienia przez kiłowych mężów pozostają nadal zdrowemi i nie okazują żadnych objawów kiły, chociaż wydały na świat kilkoro nawet kiłowych dzieci; w innych zaś przypadkach kobiety, majace mężów kiłowych, dopóty tylko są zdrowe i wolne od kiły, dopóki nie zajdą w ciążę; po zapłodnieniu zaś stają się niedokrewnemi, wypadają u nich włosy, oraz występują inne objawy ogólnego zboczenia w odżywianiu; wreszcie, po jednej lub kilku ciążach, zakończonych zwykle poronieniem, niekiedy zaś przyjściem na świat donoszonego dziecka z kiłą dziedziczną, pojawiają się u matki wyraźne oznaki zakażenia kiłowego.

Biorąc pod uwagę, iż w podobnych przypadkach nie dostrzega się u takich matek pierwotnego objawu kiłowego, oraz że poprzedzały poronienia lub porody dzieci kiłowych, sądzili niektórzy, iż matki, noszące w swem łonie płód kiłowy, zarażają się od niego w ten sposób, iż przyrzut kiłowy dostaje się przez łożysko do ustroju matki. Kiła matki wtedy objawia się odrazu zmianami drugorzędnemi, niepoprzedzonemi objawem pierwotnym; choroba zaś nie zawsze

występuje podczas pierwszej ciąży, lecz zwykle później, niekiedy nawet po upływie 2—4 lat.

Wymieniona teorya, przypuszczająca wsteczne zakażenie się matki od płodu kiłą, nazwana przez francuskich syfilidologów teoryą *choc en retour* (Ricord) lub *syphilis par conception* (Diday, Fournier), znalazła najwięcej poparcia w Anglii i Francyi; obecnie zaś pozyskała wielu zwolenników w Niemczech i Austryi (Baumler, Caspary, Zeissl, Neumann, Finger).

Zdawałoby się, iż teorya *choc en retour* powinna być zupełnie uzasadnioną i należycie popartą faktami; tak jednak wcale nie jest, jak się o tem wkrótce przekonamy, rozpatrując zasady i dowody, na których opiera się przerzeczona teorya.

Wcale niezasłużone powodzenie, jakiem dotąd cieszy się teorya wstecznego zarażenia się matki od płodu, zależało po części od braku uzasadnionej krytyki, oraz niezwrócenia należytej uwagi na stosunki anatomiczne i fizyologiczne, w których pozostaje płód do matki. W piśmiennictwie, odnoszącem się do tej kwestyi, żaden autor z wyjątkiem Kassowitza nie zastanawiał się krytycznie nad sprawą wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu; w r. 1886 autor niniejszej rozprawy poddał teoryę *choc en retour* krytycznemu rozbiorowi i wykazał wówczas, iż wstecznego zarażenia się matki należycie nie udowodniono [1]); uwag jednak i zarzutów podniesionych w wymienionej pracy nie uwzględnili inni syfilidologowie. W obecnej pracy zamierzyłem więc ponownie rozpatrzyć tę sprawę ze stanowiska nowszych poglądów, oraz z uwzględnieniem najnowszej literatury przedmiotu; główną jednak podstawą następnego działu pozostaną wypowiedziane przeze mnie w r. 1886 poglądy i zarzuty.

Twórcą teoryi wstecznego zarażenia się matki od płodu kiłą był Gardien [2]); zwrócił on albowiem poraz pierwszy uwagę na to, iż dość często żony kiłowych mężczyzn dopiero po zajściu w ciążę zapadają na rozmaite objawy kiły, co też wskazuje zdaniem autora na zarażenie się matki od płodu w ciąży. Wkrótce też inni autorowie potwierdzili okoliczności spostrzegane przez Gardiena, jak Colles [3]), Baumès [4]), Egan [4]), Ricord [5]); obok tego Troncin [6]), Semanas [7]) i Langier [8]) opisali przypadki tyczące się kobiet, u których dopiero po zapłodnieniu przez kiłowych mężów wystąpiły objawy kiły. Z pośród dawniejszych autorów, którzy też oświadczyli się byli za teoryą *choc en retour*, przytoczymy tu Harveya [9]) Tylera, Smitha [10]), Lafont-Gouzyego [11]), Putegnata [12]), Roberta [13]), Merica [14]), Bazina [15]) i Didaya [16]). Najżarliwiej popierał teoryę wstecznego zarażenia matki przez płód Diday, przytoczone jednak przez niego spostrzeżenia nie dowodzą dostatecznie teoryi *choc en retour,* w żadnem z nich albowiem nie można było z pewnością wyłączyć pierwotnej zmiany u matki, wystąpienie zaś drugorzędnej kiły w początkach ciąży niewątpliwie wskazywało na zarażenie się matki przed zajściem w ciążę, choroba więc jej mogła pochodzić od męża. Balfour [1]) przytoczył na poparcie wymienionej teoryi cztery przypadki, w których kobiety, zapłodnione przez mężów kiłowych, dostawały podczas ciąży objawów kiły drugorzędnej; ze względu jednak na to, iż w 2-ch jego przypadkach wspomina się o stwardnieniu warg sromnych, można było tu przypuścić zwykłe zarażenie się od męża; w dwóch zaś pozostałych przypadkach poprzedniego stanu zdrowia chorych matek wcale nie zbadano a więc pierwotna zmiana łatwo mogła przejść niepostrzeżenie. W obec tego przypadki Balfoura musimy uznać za wątpliwe i nie udowadniające możliwości zarażenia się matki od płodu kiłą.

Z innej znów strony Maisonneuve i Montagne [2]) oraz Cullerier [3]) wcale zaprzeczali możliwości łożyskowego zarażenia się matki kiłą od płodu; Trousseau [4]) też nie popierał teoryi *choc en retour.*

W r. 1856 wymieniona teorya pozyskała gorliwego zwolennika i obrońcę w osobie znanego angielskiego chirurga i syfilidologa Hutchinsona [5]); ogłosił on w kilku pracach 50 przypadków, które miały dowieść niewątpliwego zarażenia się matki od płodu kiłą za pośrednictwem obiegu krwi w łożysku. Na podstawie swych spostrzeżeń twierdził Hutchinson, iż matka zapłodniona przez kiłowego męża, zaraża się przez łożysko nie odrazu, lecz stopniowo kilkoma nawrotami, które następują każdym razem podczas ciąży. U kobiet w ten sposób zarażonych rzadko spostrzega się zwykły przebieg drugorzędnego okresu kiły; najczęściej odrazu występują po niejakimś czasie osutki łuszczące się na dłoniach i podeszwach (*psoriasis palmaris et plantaris*), guzy, owrzodzenia pełzające i t. p. późne objawy kiły. Przeciwko teoryi wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu oświadczyli się wkrótce: Lindwurm [6]), Behrend [7]), Knoblauch [8]), Baerensprung [9]) i Geigel [10]) twierdzili zaś, iż zarażenie matki zapłodnionej przez kiłowego męża, nie następuje za pośrednictwem płodu, lecz matka nabywa kiły wprost od męża.

Wkrótce po ukazaniu się artykułów Hutchinsona, tyczących się teoryi *choc en retour*, ogłoszono w dalszym ciągu kilka spostrzeżeń, przemawiających na jej korzyść (Beyran [11]), Maigrot [12]), van-Buren [13]), Bryant [14]), Dieulafoy [15]); włoski zaś syfilidolog Gamberini [16]) w r. 1869

[1]) Gazeta lekarska 1886. 19. 20. i następne; St. Petersb. med. Woch. 1886. 16. 17.
[2]) Traité des accouchements. Paris 1824.
[3]) Praktische Beobacht. über syphil. Krankheit. Hamburg. 1839. str. 253—254.
[4]) Précis théor. et prat. des malad vénér. Paris 1840. I. s. 80.
[5]) Dublin Journal. 1846. May.
[6]) Lancet. 1848. str. 384; Gaz. médicale de Paris. 1849. str. 753.
[7]) De l'extinction de la maladie vénerienne. Paris. 1834. str. 50.
[8]) Gaz médicale de Paris. 1849. 40.
[9]) Diday. Traité de la syph. des nouveau-nés. Paris. 1854. s. 247.
[10]) Gaz. médicale de Paris. 1850. str. 150.
[11]) Lancet 1854. March str. 266; Journ. f. Kinderkrankheit. 1855. XXV. str. 98—101.
[12]) Journal de médecine de Toulose. 1854. Avril. May.
[13]) Histoire et thér. de la syph. des nouveau-nés. Paris. 1854. s. 115.
[14]) Traité des mal. vénériennes. Paris. 1853. str. 228.
[15]) Lancet. 1858. Sept. 18.
[16]) Leçons sur les Syphilides. Paris. 1859. str. 45.

[1]) Edinb. medical Journal. 1856. Octobre.
[2]) Traité des mal. vénériennes. Paris. 1853. str. 360—373.
[3]) Arch. génér. 1854. Septembre.
[4]) Gazette des hôpitaux. 1857. 127.
[5]) Medic. Times and Gaz. 1856/57; a medical memoir on certain diseases of the eye etc. London. 1863. str. 209.
[6]) Canstatts Jahresber. 1855. IV. str. 840.
[7]) Behrend's Syphilidologie. N Reihe. II. 2. str. 275.
[8]) Berend's Syphilidologie. N. Reihe. III. 4. str. 576.
[9]) l. c. str. 50—51.
[10]) Gesch. und Pathol. der Syphilis. Würzburg. 1867, str. 297.
[11]) L'Union médicale. 1862. 26. str. 456—458.
[12]) Tamże 1862. 84. str. 124—118.
[13]) American Journal of Syphilography. 1870. 1. str. 17—22.
[14]) Medical Times and Gazette 1872. July 27. II. str. 94.
[15]) Violet. Etudes sur la Syphilis infantile. Paris 1874. str. 42.
[16]) Giorn. ital. d. mal. veneree. 1869. I. Gennajo str. 321—327.

oświadczył się stanowczo przeciwko teoryi wstecznego zarażenia się matki od płodu i utrzymywał, iż przyrzut kiłowy nie może przejść od płodu do obiegu krwi u matki przez łożysko a to dzięki właściwościom anatomicznej budowy łożyska oraz z przyczyny różnicy w czynnościach fizyologicznych macierzyńskiej i płodowej części łożyska; pierwsza bowiem składa się z gruczołów błony śluzowej macicy i czynność jej ogranicza się do wydzielania, druga zaś część łożyska składa się przeważnie z tkanki naczyniowej, której zadaniem jest wchłanianie (E r c o l a n i [1]).

L a n c e r e a u x [2]) i F r a e n k e l [3]) przytoczyli kilka przypadków, w których matka dostała kiły od płodu. Jednocześnie też niemieccy autorowie Z e i s s l [4]) i B a u m l e r [5]) zgodzili się z poglądami H u t c h i n s o n a na kwestyę wstecznego zakażenia matki od płodu kiłą.

W r. 1875 K a s s o w i t z w obszernej i klasycznej rozprawie o kile dziedzicznej zwrócił szczególną uwagę na teoryę *choc en retour*); rozpatrując krytycznie teoretyczne dowody oraz spostrzeżenia kliniczne, na które powoływali się obrońcy teoryi *choc en retour* [6]), wykazał K a s s o w i t z bezpodstawność teoretycznych rozumowań oraz wyjaśnił, iż wszystkie spostrzeżenia w tym względzie należy uważać za wątpliwe i nieprzekonywające, szczególnie zaś tyczy się to przypadków opisanych przez H u t c h i n s o n a, w których wywiady były bardzo niedokładne. Opierając się więc na braku należytych dowodów i okoliczności, zalicza autor teoryę *choc en retour* do rzędu hipotez, nie mających żadnej podstawy.

Przeciwko zdaniu K a s s o w i t z a powstał jednak C a s p a r y, podając swoją drogą w wątpliwość jego teoretyczne dowodzenia, nie mógł wszakże zwalczyć zarzutów, podniesionych przez K a s s o w i t z a przeciw teoryi zarażenia się matki od płodu, chociaż przytoczył kilka spostrzeżeń, mających dowieść wymienionej teoryi [7]).

Za poglądami K a s s o w i t z a oświadczyło się wkrótce kilku innych syfilidologów, jak: O e w r e [8]), F l i n d t [9]), W o l f f [10]), W i e d e [11]), A n t o n [12]) i R o s e n b e r g [13]). Według zaś mniemania J u l l i e n a [14]), N e u m a n n a [15]), S p i e g e l b e r g a [16]) i D r y s d a l e a [17]) wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu dostatecznie nie udowodniono, jakkolwiek wydaje się ono możliwem ze stanowiska teoretycznego.

Tymczasem poglądy H u t c h i n s o n a pozyskiwały sobie zwolna coraz liczniejsze grono zwolenników wśród syfilidologów i akuszerów; niektórzy autorowie utrzymywali nawet, iż wsteczne zarażenie się matki przez łożysko dość jest częste, przebieg kiły u matki ulega wtedy pewnej zmianie i staje się wcale nieprawidłowym, mianowicie brakuje zawsze pierwotnej zmiany kiłowej, objawy zaś ogólne drugorzędne są pierwszymi objawami choroby. Kiła nadto występuje u takich matek dopiero po upływie kilku miesięcy i nawet lat po zapłodnieniu przez kiłowego mężczyznę a więc okres pierwszego utajenia, względnie wylęgania się choroby przedłuża się znacznie (T a r n o w s k i [1]), D i d a y [2]), F ü r t h [3]), F o u r n i e r [4]), Z e i s s l [5]) i E n g e l [6]).

W latach 1876/77 wystąpił H u t c h i n s o n [7]) z dokładniejszem wyłożeniem swej teoryi o łożyskowem zarażeniu się matki kiłą od płodu. Zwróciwszy uwagę na znaną już oddawna okoliczność, że kobiety, zapłodnione przez kiłowych mężczyzn, tracą zdolność zakażenia się kiłą, twierdzi, że odporność matek względem kiły łatwo daje się wytłómaczyć zarażeniem się ich od płodu, co następuje podczas ciąży. W jednej gromadzie przypadków matki już w biegu ciąży zapadają na drugorzędne objawy kiły; w drugiej zaś gromadzie przypadków u zdrowych przedtem kobiet po wydaniu na świat kilkorga dzieci kiłowych następuje powolne i stopniowe zakażenie się kiłą, znamionujące się w początku wystąpieniem objawów, wskazujących na cherę (niedokrewność, wypadanie włosów, upławy), poczem odrazu wybuchają późne objawy kiłowe drugorzędne, mianowicie zaś *psoriasis palmaris et plantaris,* kilaki, zajęcie kości i t. d. W trzeciej znów gromadzie kobiety pozostają pozornie zdrowemi i nie okazują żadnych widocznych objawów kiły, utracają jednak zdolność zarażenia się kiłą, t. j. nabywają zupełnej odporności względem tej choroby. Brak u matek pierwotnego objawu kiłowego najzupełniej przekonywa H u t c h i n s o n a o zarażeniu się wstecznem od płodu; wskutek tego więc przyrzut kiłowy wprost dostaje się do obiegu krwi u matki, czem się tłómaczy brak pierwotnej zmiany. Według mniemania H u t c h i n s o n a w takich przypadkach następuje stopniowe, nieznaczne i przewlekłe przenikanie jadu kiłowego do ustroju matki, który przeto powoli przyzwyczaja się do działania przyrzutu chorobowego i wcale nań nie oddziaływa.

T a r n o w s k i (l. c.) twierdzi, iż przypadki wstecznego zarażenia się matki od płodu kiłowego są dość częste; przypuszcza dalej, iż matka, wydając na świat dzieci z ojca kiłowego spłodzone, najczęściej musi być sama zarażoną przez płód, jednak w wielu przypadkach kiła matki pozostawać może jakiś czas utajona a cechuje się wtedy tylko odpornością na nowe zarażenie się. Taki stan pozornego zdrowia trwać może bardzo długo, nawet kilka lat, następnie jednak u matki, która była kilkakrotnie zapłodnioną przez zakażonego mężczyznę, mogą odrazu wystąpić późne objawy choroby w postaci kilaków, owrzodzeń głębokich i t. p. zmian.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Delle malattie del placenta. Bologna 1869.
[2]) Traité prat. et théor. de la Syphilis. Paris 1874; przekład rosyjski str. 610—611.
[3]) Ueber Placentar-Syphilis. Breslau 1873 str. 43.
[4]) Lehrbuch der Syphilis. II Auflage. Erlangen 1872.
[5]) Ziemssens Handbuch III. 1873 str. 53.
[6]) Die Vererbung der Syphilis. Wien 1876 str. 41—48.
[7]) Viertelj. f. Dermatol. 1877. 4. str. 481 — 493; 1881. 1. str. 35—45.
[8]) Assoc. fr. pour. l'avancements des sciences médic. 1878.
[9]) Den congenite Syphilis. 1878. str. 190—214.
[10]) Centralb. f. klin. Chirurgie. 1880. 32.
[11]) Beiträge zum Kapitel der heredit. Syphilis. Würzburg. 1880. str. 51, 81.
[12]) Ueber hereditaere Syphilis. Berlin 1880. str. 46—50.
[13]) Viertelj. f. Dermatologie 1882. str. 471—479.
[14]) Traité pratique des mal. vénériennes. Paris 1879. str. 999.
[15]) Lehrbuch d. Hauptkrankheiten· IV Aufl. Wien· 1880 str. 506.
[16]) Lehrb. d. Geburtshilfe. II Auflage. 1882. str. 251.
[17]) Pathol. und. Ther. der Syphilis. Stuttgart 1882 str, 140.

[1]) L a n c e r e a u x rosyjski przekład str. 611—612.
[2]) Annales de Dermatologie et Syphil. 1877. VIII str. 161—181.
[3]) Wiener Klinik 1878. IV. Heft 11—12. str. 201.
[4]) La Syphilis et le mariage. Paris 1880.
[5]) Lehrbuch der Syphilis. III. Auflage. Wien 1878 str. 113.
[6]) American Journal of. Obstetrics 1882. October.
[7]) Medical Times and Gazette 1876. II. 1830. str. 643 — 646; 1877. I. 1395. str. 306—308.

IV. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag o napojach wyskokowych, w szczególności o piwie pod względem higienicznym.

Napisał
Dr. Stanisław Ponikło.

Ze stanowiska higienicznego należy uważać wyskok w każdej formie za truciznę. Zasadniczo należy go wykreślić z rzędu pożywek i wyłącznie zaliczyć do trucizn objętych toksykologią, względnie w odpowiedniej formie i wskazanych dawkach do leków podniecających, objętych lekospisem.

Nikt nie zaprzeczy, że nawykowe używanie wyskoku jako używki jest jedną z najczęstszych przyczyn rozlicznych zboczeń ustroju a nadużywanie go groźnym czynnikiem etyologicznym ciężkich i nieuleczalnych chorób różnych układów ustroju, w życiu zaś społecznym czynnikiem obniżającym lub wręcz porażającym czynność umysłową, upośledzającym moralną stronę, sprawiającym skarłowacenie pod względem fizycznym i umysłowym jednostek i całych pokoleń, spaczającym lub niszczącym prawidłowy bieg życia w rodzinie i społeczeństwie, nakoniec pośrednio sprowadzającym ofiary swe na bezdroża występku i zbrodni. Zapatrywania się nielekarzy a nawet lekarzy, że wyskok jest cennym środkiem zastąpić mogącym poniekąd niedostateczność pokarmu, niepośledniem źródłem ciepła i środkiem „wzmacniającym" są fantazyą, lub uprzedzeniem; w rzeczywistości jest wyskok silną trucizną, na mózg i nerwy działającą a uspokajający, względnie rozweselający wpływ wyskoku polega na porażnem uśpieniu inteligencyi i refleksyi.

Bardzo mylnie w życiu codziennem uważa się tylko tego za pijaka nałogowego, który tyle pije, że doprowadza peryodycznie do rozwinięcia się okresu podniecenia lub okresu porażenia, tudzież tego, który wprawdzie nie wiele pije, jednak będąc wrażliwym na wpływ wyskoku już po małych dawkach dochodzi do okresu podniecenia, nie uznaje się zaś za pijaka nałogowego tego, który dobrze znosząc wyskok, zatruwa się nim w wysokim stopniu przez całe lata bez wybitnych złych skutków, aż wieloletnie zatrucie objawi się przy tej lub owej sposobności wybuchem obłędu opilczego. W rzeczywistości nałogowo nadużywającym wyskoku jest każdy, kto nie odczuwając żadnych szkodliwych skutków codziennie używa pewnej ilości wyskoku, tem więcej tego, który rozpocząwszy od małych dawek psychicznie podupadnie i straciwszy potrzebną energią pożąda coraz większej ilości wyskoku.

Domy przytułku, domy dla ubogich, szpitale i zakłady dla obłąkanych wypróżniłyby się o jedną trzecią część, gdyby brakło potężnego a zgubnego wpływu wyskoku; kwestya prawniczo-higieniczna więzień i ich urządzenia zaprzestałaby nasuwać tyle trudności w poprawnem jej rozwiązaniu, gdyby wyskok zaniechać mógł swej złowrogiej w społeczeństwie gospodarki. Wyskok to czynnik tak ważny w stósunkach społecznych, jak trudna kwestya ubóstwa w ścisłym z nim związku będąca, i niepodrzędne miejsce zajmuje w szeregu przeszkód utrudniających lub udaremniających prawidłowe a roztropne rozwiązanie do pewnego stopnia ugruntowanych zresztą żądań pod względem społecznym, będących, hasłem ostatnich lat dziesiątków.

Jeżeli gdzie, to tu widoczny jest nierozerwalny związek zasad higieny ze sprawami społecznemi, ekonomicznemi a w dalszym ciągu cywilizacyjnemi i politycznemi nazbyt mało dotąd uwzględniany w praktyce.

I tak wyskok jest we wszystkich państwach europejskich ulubionym przedmiotem opodatkowania, bardzo pożądanym, bo łatwym przedmiotem zaczepienia w fiskalizmie; wyjątkowo jednak widać w ustawodawstwie podatkowem państw słabe oznaki uwzględniania zasad higieny, t. j. dobrobytu fizycznego i umysłowego opodatkowanych, który wszakże z natury rzeczy jest miarą trwałej zdolności czynienia zadość wymaganiom podatkowym gminy, kraju i państwa. Po większej części koła rozstrzygające w sprawach opodatkowania do niedawna albo nie zastanawiały się nad higieną i jej doniosłością społeczną, nad jej doniosłością wprost pod względem wydatności podatkowej, albo też krótkim swym wzrokiem nie dostrzegały tej doniosłości, a ścieśnione zaklętym pierścieniem jednostronności, uwzględniającej tylko dobę dzisiejszą a ignorującej wręcz przyszłość według zasady *après nous le déluge*, nazbyt pewne siebie czyli, co w tym przypadku na jedno wyjdzie, nazbyt jednostronnie działające, aby wezwać do wspólnego działania czynniki świadome zasad higieny i skorzystać w granicach możebności z ich wskazówek. A przecież rzecz zupełnie naturalna, że pierwszym obowiązkiem państwa jest tak rządzić i tak administrować, aby systematycznie powiększać dobrobyt jednostki i całego zbioru jednostek państwo stanowiących, dobrobyt tak pod względem fizycznym i materyalnym, jak i umysłowym; oba te względy bowiem są od siebie nieodłączne. Idea ta winna się odbijać we wszystkich zarządzeniach, w akcyi ustawodawczej, lubo by powierzchownie i płytko rzecz badającemu wydało się, że nie mają ze stroną higieniczną w szerszym zakresie pojmowaną ścisłejszej łączności; idea ta winna przeniknąć maszynę ustawodawczą i administracyjną, która wtedy łatwiej, bez tarcia i trwalej pracować będzie a wyniki jej pracy będą trwałe i uczynią zadość prawidłowemu, systematycznemu a racyonalnemu postępowi.

Mimo to kwestya wyskoku tak pod względem sanitarnym i społecznym, jak i skarbowym w wielkiej części urąga dotąd w praktyce zasadom higieny, co tem więcej uderza, że zastósowanie we właściwych granicach tych zasad nie przyniosłoby ujmy skarbowi państwa, owszem pośrednio wzbogaciłoby ten skarb, nie naruszając w niczem prawdziwości chrześciańskiej idei ochrony jednostki zgodnie z zasadami higieny.

Czy n. p. sposób opodatkowania różnych form wyskoku w różnych państwach jest w harmonii z najprostszemi wskazówkami higienicznemi, rozpatrzymy poniżej i przekonamy się, że jest tu i ówdzie w sprzeczności; fiskalności bowiem zazwyczaj wystarcza zapełnienie luki w budżecie tak ponętnym przedmiotem opodatkowania jak wyskok, a gdy tę lukę zgrabnie wypełniła na rok lub lat kilka, uważała rzecz za ukończoną i trafnie, nawet jenialnie rozwiązaną a rozpatrywanie rzeczy ze stanowiska higienicznego wydawało się w wielu państwach zbytecznem, było teoretyzowaniem, mało licującem z trzeźwością i talentem administracyjnym kół sprawą finansową się zajmujących; to było bowiem rzeczą profesorów, *ex cathedra* sprawę o higienie, kwestyach społecznych i t. p. traktujących a mniej tyczyło się ludzi „czynu". A przecież jedno z drugiem mogłoby być w pięknej harmonii, z korzyścią dla społeczeństwa, z korzyścią nawet dla wyników fiskalnych. Lecz z przeszłości nie sądźmy o przyszłości.

Należy się też spodziewać obecnie, kiedy higiena zyskała prawo obywatelstwa i pełne wpływu na stósunki społeczne zajęła stanowisko, reprezentacye narodów, jak i przedstawiciele rządów, w światłej a trzeźwej rozwadze jej doniosłości będą ją w swem działaniu uwzględniać, czego pocieszające objawy widzimy już w wielu sprawach i zarządzeniach różnych państw. Że dotąd nie uwzględniano jej zasad, jak należy, tłómaczy się tem, że nauka ta w ogóle, nawet w medycynie, jako nie oparta jeszcze mocno o ścisłą umiejętność, do niedawna młodziutka i nierozwinięta, odgrywała małą rolę, nie mogła przeto imponować w sprawach społecznych. Teraz wszakże jest inaczej.

Ustawa krajowa z r. 1877. przeciw nadużywaniu napojów wyskokowych w lokalach i handlach publicznych, zresztą często wykonywana i przestrzegana niedokładnie, poskramia wprawdzie nieco nadużywanie, nie dozwalając doprowadzać do wyższych stopni upojenia, nie zapobiega atoli nawykowemu

zatruwaniu się wyskokiem, ze stanowiska higienicznego więcej szkodliwemu, niż peryodyczne nadużywanie, oddzielone dłuższymi lub krótszymi odstępami czasu wstrzemięźliwości; zapobiegać tedy się stara alkoholizmowi ostremu, nie dotykając alkoholizmu chronicznego.

Wolno bowiem każdemu odwiedzić handel 10 razy dnia i wypić każdym razem małą ilość napojów wyskokowych, nie wolno jednak doprowadzić w lokalu publicznym do wyraźnie rozwiniętego drugiego i trzeciego stopnia upojenia wyskokowego; ustawa rzeczona przeto działa raczej celem uchylenia zgorszenia publicznego, które sprawia obraz człowieka w okresie ostrego zatrucia wyskokowego, zatem raczej pod względem moralnym, niż higienicznym.

Nie zapobiega też ta ustawa nadużywaniu napojów wyskokowych w domu, albowiem wolno oczywiście każdemu nabyć dowolną ilość napojów wyskokowych celem konsumcyi w mieszkaniu prywatnem, nie zapobiega przeto opilstwu tajnemu, stokroć szkodliwszemu.

Ustawa w mowie będąca jednak, byleby ją energiczniej wykonywano i kontrolowano, jest dobrą i trafną, lubo tylko w małej części dopięła zamierzonego celu.

Państwo przysposabia podobno ustawę przeciw opilstwu, która nadużycie wyskoku wyższego stopnia, czyby nastąpiło w lokalach publicznych, czy nawet w mieszkaniu prywatnem, piętnuje jako przekroczenie i karze grzywną lub aresztem, zaczęło nadto utrzymywać nałogowych pijaków w ewidencyi tak, jak inne osoby policyjnie podejrzane. Praktyka okaże, o ile ta ustawa osięgnie cel zamierzony; mnie się wydaje atoli, że wyjąwszy przypadki publicznego zgorszenia, które należy karać aresztem, domy poprawy i sanatorya są właściwem miejscem dla nadużywających wyskoku. Nasuwają się też pewne wątpliwości, czy projekt tej ustawy nie wkracza za bardzo w prywatne stosunki obywatelskie, ustawami zasadniczemi zawarowane i nie ogranicza nad miarę wolności osobistej jednostki. W każdym razie cel tej ustawy nie tyle jest zapobiegawczy, ile piętnujący i poskramiający złe już spełnione a przeto pośrednio odstraszający.

Daleko więcej zdaniem mojem, niż ustawy, wpłynąć może korzystnie na poskromienie nadużywania napojów wyskokowych rozpowszechnienie zasad higieny, wyłożonych popularnie między jak najszerszemi warstwami; w tej mierze powitać należy rozporządzenie Ministerstwa oświaty z roku 1891., wprowadzające naukę higieny jako przedmiot obowiązkowy w seminaryach nauczycielskich. Przyszły nauczyciel ludowy, częstokroć jedyna osoba większej inteligencyi w gminie wiejskiej, świadomy zasad i najgłówniejszych wskazówek higienicznych, zostający w ustawicznej z ludem styczności, nie mało będzie mógł zdziałać ku odwróceniu lu lu od groźnego w skutkach nadużywania napojów wyskokowych.

Mimo wszakże wszystkie zabiegi, lubo świadome celu i skuteczne, nie wykreślimy wyskoku z listy używek; nabył on przez wieki niejako prawa obywatelstwa i używanie go wniknęło nazbyt głęboko w życie jednostek narodów i społeczne, aby je można usunąć jakiemikolwiek ustawami, zarządzeniami i wpływami moralnymi, lub tylko ograniczyć w znaczniejszym stopniu. Lubo więc jest obowiązkiem państwa działać nieustannie w celu systematycznego poskramiania nadużywania wyskoku, tudzież ograniczania nawykowego lubo miernego jego używania, oddawanie się nadziei uzyskania rychło wydatnych wyników w tej mierze jest ideologią.

Skoro tak jest w rzeczywistości, należy przedewszystkiem działać celem zmniejszenia wpływów szkodliwych wyskoku w granicach realnych, w granicach racyonalnej możebności.

Wyskoku używa się w rozmaitych postaciach, bardzo różnych ze stanowiska higienicznego. Stósownie do gleby i stósunków klimatycznych różne narody przywykły do różnej formy napojów wyskokowych i wytworzyły się napoje wyskokowe niejako narodowe. I tak Francuzi i inne narody romańskie przywykli do wina, mając do dyspozycyi obfitą ilość tanich a lekkich win, tudzież napojów wyskokowych owocowych, narody germańskie uważają piwo za napój narodowy, lud nasz a w wyższym stopniu mieszkańcy Rosyi hołdują przedewszystkiem wódce, w małej tylko ilości używają piwa a bardzo wyjątkowo tylko lichego wina lub miodu; higiena uczy zaś, że równa ilość alkoholu użyta w postaci koniaku, wódki, wina, piwa, (przyjmując, że napoje te są należycie zrobione, niezafałszowane), rozmaicie, mniej lub więcej szkodliwie działa na ustrój.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O nieżycie błony śluzowej macicy i jego leczeniu.

(Rzecz przedstawiona sekcyi ginekologicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie r. 1894).

Napisał

Dr. Bronisław Skałkowski,

były asystent kliniki prof. Chrobaka we Wiedniu, lekarz chorób kobiecych we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

More Madden[1]) poleca kwas karbolowy w glicerynie z jodem i tampon z tanniny, w terpentynie maczany wraz z zasypywaniem kwasem borowym. Robertowi Corremu[2]) dało najlepsze wyniki stósowanie *acidum carbol. saturatum cum jodo*. Lawson-Tait poleca jako główny środek *plumbum aceticum* rozpuszczone w glicerynie. Milton[3]) radzi intubacyę macicy, co ma ułatwiać z jednej strony stósowanie środków leczniczych i z drugiej rodzajem drenowania umożliwiać odpływ wydzielin, gdy Pozzi takie drenowanie macicy uważa wprost za szkodliwe. Że nie wahano się używać najmocniejszych środków żrących na błonę śluzową macicy, dowodem polecenie ze strony amerykańskich ginekologów używania *acidum nitricum fumans*, które też poleca tak znakomity lekarz, jak Fritsch[4]). Saulmann[5]) chwali wprowadzanie do wnętrza macicy antroforów, z drutu w śrubę zwiniętego, otoczonego galaretą nierozpuszczalną, na której dopiero znajduje się warstwa galarety rozpuszczalna, zmięszana z rozmaitymi środkami leczniczymi, jak siarkan miedziowy 0·5%, rezorcyna 10%, chlorek cynku 1%).

Bez wątpienia bardzo ważnym przyczynkiem do leczenia nieżytu błony śluzowej macicy było wprowadzenie chlorku cynku przez Rheinstädtera[6]), środka następnie poleconego z wielu stron, jak przez Brösego[7]), Fritscha[8]) i t. d. We Francyi wywiązał się nawet długi spór między zwolennikami tego środka a jego przeciwnikami.

Głównymi zwolennikami tego środka są Polaillon i Dumontpallier[9]), którego zdaniem chlorek cynku działa przez szybkie ścinanie krwi w tkankach, zaczem idzie ich obumarcie i oddzielenie się. Według badań Schäffera[10]) działanie chlorku cynkowego polega na mumifikacyi tkanki. Błony wydzielające się po zastósowaniu ciasta (pasty) Canguoina składają się nie tylko z wydzielonej błony śluzowej, ale i z grubej na 2—3 mm. warstwy tkanki mięśniowej. Preparaty mikroskopowe okazują zupełnie dobrze zachowaną własność barwienia się komórek; z tej więc przyczyny uważa Schäffer działanie chlorku cynkowego za mumifikujące, w przeciwieństwie do *necrosis*, którą sprawiają inne środki. Wobec jednak tak głęboko sięgającego działania tego środka niebezpieczeństwo zwężenia bliznowatego jamy i szyi macicznej jest wielkie, szczególnie jeżeliby się używało go w postaci ciasta. E. Frän-

[1]) More Madden: Centralblatt f. Gyn. 1891. s. 912.
[2]) Robert Corry: The Lancet. Novemb. 1891. p. 1036.
[3]) H. Milton: The Lancet. Octobre 1891. p. 871.
[4]) Fritsch: Centralblatt f. Gyn. 1878. s. 561.
[5]) Saulmann: Centralblatt f. Gyn. 1891. s. 579.
[6]) Rheinstädter: Practische Grundzüge der Gyn. 1886, p. 49—53.
[7]) Bröse: Centr. f. Gyn. 1887, p. 720.
[8]) Fritsch: Centr. f. Gyn. 1887, p. 477.
[9]) Dumontpallier: Gaz. des hôpitaux 1890. Nr. 57. p. 521.
[10]) Schäffer: Centralblatt für Gyn. s. 383. 1891.

kel[1]) poleca gorąco ten środek, Fritsch używa 20,00 rozczynu 100% na litr wody do wstrzykiwań i przepłukiwań wśródmacicznych, nawet podczas regularności. Działanie tego środka jest bolesne, sprawia mocne kolki maciczne a często krwotoki. Użycie częstsze pasty jest wprost niebezpieczne. Fochier[2]) opisuje przypadek wymóżdżenia dziecka z przyczyny niemożliwości porodu przy bliznowatem zwężeniu szyi macicznej po użyciu pasty Canguoina. Pozzi musiał w jednym przypadku, leczonym przez dłuższy czas chlorkiem cynku, w którym wytworzyło się zbliznowacenie całego wnętrza macicy, w skutek powstałych przy regularności bolów zrobić histerektomią. Fraisse[3]) opisuje przypadek pęknięcia macicy przy porodzie z tej samej przyczyny, zakończony operacyą Porrego ze zejściem śmiertelnem. Picheoin[4]) zebrał materyały do tej sprawy i wylicza 54 wypadków zbliznowacenia wnętrza macicy po stósowaniu chlorku cynkowego. To też wielu, jak Le Dentu i Pozzi są przeciwnikami tego środka. Stratz[5]) porównywając wyniki leczenia chlorkiem cynkowym, kwasem mlecznym i operacyą wedle Schrödera, przypisuje w przypadku nieżytu szyi tej operacyi najlepsze skutki. Z innych środków wspomnieć trzeba metodę Jassouda[6]), który żegadłem Paquelina wypala wnętrze macicy, jak również metodę elektrolityczną Apostolego. Prochownick[7]) podawał ostrą *e. gonorrhoica* działaniu prądu stałego i widział bardzo dobre skutki.

Zapuszczanie błony śluzowej macicy środkami żrącemi winno odbywać się w pewnych odstępach czasu. Sänger[8]) podaje dla najzwyklejszych środków tablicę, w której widać, ile dni potrzeba, aby tkanki po zastósowaniu jednego środka powróciły do stanu prawidłowego. I tak dla *acidum nitricum fumans* potrzeba 20 dni, *zincum chloratum* 50% 15 dni, *lapis infernalis* 50% 6—7 dni, dla *tinct. jodi*, *acetum pyrolinosum*, *liq. ferri sesquichlorati* 2—3 dni. Mimo stósowania tych wszystkich, w części tylko wyliczonych środków i metod, opuściłem bowiem stósowanie maści, zasypywanie proszkami, jak jodoform, eurofen, dermatol, ałun, siarkan miedziowy, zawsze są przypadki nieżytu macicznego uporczywego, nie ustępującego żadnemu leczeniu. Dla tych to form wybitnych przez swoją uporczywość polecił jeszcze 1846 r. Recamier użycie skrobaczki, celem usunięcia chorej błony śluzowej. Metoda ta liczy dzisiaj bez wątpienia najwięcej zwolenników; sposób jej użycia jest łatwy, chodzi tylko o wykonanie tego zabiegu z wszelkiemi ostrożnościami co do antyseptyki i aseptyki i o dobór przypadków. Czy więc wszystkie uporczywe nieżyty maciczne nadają się do leczenia chirurgicznego, jakiem jest wyskrobanie macicy?

Zdaniem autorów przypuszcza się powszechnie, że skrobać należy w okolicznościach, które wykluczają zadraźnienie otrzewnej, więc w stanach przewlekłych, bez *pyosalpinx*, świeżych *perimetritis* i *parametritis*. Wiele przypadków wystąpienia groźnych, często śmiercią zakończonych spraw chorobowych przyczyniło się do utwierdzenia powyższego zapatrywania. Tymczasem wystąpili inni z odmiennem zdaniem. Trelat wychodząc ze stanowiska, że *perimetritis* jest wynikiem *metritis*, ta zaś pochodzi z *endometrium* jako pierwotnego ogniska zapalnego, stara się tę pierwszą przyczynę usunąć i wyskrobuje wnętrze macicy już w *perimetritis*. Przeciwwskazaniem do tego rękoczynu jest dopiero ogólne zapalenie otrzewne. Tak samo i zapalenie jajowodów, które nie są zropiałe, leczyć można zdaniem Trelata przez wyskrobanie macicy; ropnie w jajowodach wymagają laparotomii. Trelat widział zawsze dobre skutki. Aseptyczne skrobanie macicy, jeżeli nie pomogło, zaszkodzić nie może; pozostaje zawsze operacya radykalna a zysk jest ten, że ma się do niej dobrze przygotowane pole.

[1]) E. Fränkel: Centralblatt für Gyn. s. 597. 1888.
[2]) Fochier: Dystocie a la suite... Lyon méd. 1890. p. 479.
[3]) Fraisse: Nouv. Archiv d'Obstr. et Gyn. Paris 1891. s. 348—53.
[4]) Pichevin: Nouv. Archiv d'Obstr. 1891. VI. s. 49—69.
[5]) Stratz: Zeitsch. für Geb. und Gyn. 1890. XVIII. 153—165.
[6]) Jassoud: Lyon 1889. Du traitement de l'endometr. chr. haem.
[7]) Prochownick: Münchn. med. Woch. 1890. Nr. 27. s. 467.
[8]) Sänger: Centr. für Gyn. 1894. s. 607.

Mackenrodt[1]) wyskrobywał również w *endometritis* połączonej ze zapaleniem części dodatkowych macicy. Na 45 przypadków było 17 wyleczeń, 22 polepszeń; pogorszenia nie widział. R. Pichevin[2]) popiera zdanie Trelata i widzi w wyskrobaniu macicy najlepszy środek usunięcia spraw, które obecnie uważano za przeciwwskazanie do tej operacyi. Mimo tego sądzę, że użycie skrobaczki w zapaleniach części dodatkowych macicy jest rzeczą ryzykowną. Pamiętam z kliniki Chrobaka przypadek, gdzie parę razy wykonano *curettage* ze skutkiem chwilowo dobrym i zatrzymaniem krwotoków. Po ostatniem skrobaniu chora umarła wśród objawów ostrego zapalenia całej otrzewnej tak, że w pierwszej chwili sądzono, że operator przedziurawił macicę. Sekcya wykazała macicę grubą, nienaruszoną i zapalenie gnilne otrzewnej wskutek pęknięcia ropnia trąbki nie większego, jak orzech laskowy.

W zapaleniu nieżytowem błony śluzowej macicy powinno się użyć skrobaczki tępej, która wystarcza do usunięcia błony chorobowo zmienionej. Ale nawet i ostrem narzędziem nie jesteśmy wstanie usunąć całej błony, gdyż odnogi gruczołów sięgają głęboko. Zależy wreszcie od upodobania i przyzwyczajenia, jakiego używa się narzędzia, czy tępej skrobaczki Recamiera, czy ostrej Simona, giętkiej Thomasa, Simsa o grzbiecie ostrym lub Martina o szczególnie wydłużonej formie. Zasadą ogólną jest, że cała ta operacya musi być jak najdokładniej antyseptycznie wykonana. Przepłukanie macicy środkami odrażającymi musi poprzedzić tę czynność, nie mówiąc o pochwie, która przed operacyą na jakiś czas musi być odpowiednio oczyszczoną. Po użyciu skrobaczki większość autorów wstrzykuje do jamy macicznej *ferrum sesquichloratum* lub *tinctura jodi*, aby zadziałać na głębsze resztki błony śluzowej. Następuje przepaska przeciwgnilna, poczem chora dłuższy czas powinna pozostać w łóżku.

Ważnem jest tamponowanie pochwy, używane w leczeniu operacyjnem, jużto zwykłem. Tamponowanie może być podwójne, stósownie do tego, jakiej użyjemy waty. Jeżeli nam chodzi o podtrzymywanie macicy elastyczną podściołką, winniśmy używać waty nieodtłuszczonej, gdyż odtłuszczona łatwo nasiąka wydzielinami i traci swą sprężystość; odwrotnie w przypadkach, gdzie chodzi o odprowadzenie wydzielin, winniśmy stósować watę odtłuszczoną.

Zdaniem Veita[3]) wyskrobanie i następne wstrzykiwania *trae jodi* prowadzą ze wszystkich metod najpewniej do celu a z pewnością wyskrobanie macicy jest mniejszym zabiegiem, niż przyżeganie wnętrza mocnymi środkami żrącymi, jak to zresztą poświadcza Le Dentu[4]).

Wyskrobanie macicy trzeba w wielu przypadkach powtórzyć. Najlepsze wyniki daje *endometritis post abortum*. W wiewiórze, zajmującym części dodatkowe, rokowanie jest daleko gorsze.

Z innych zabiegów operacyjnych w nieżycie błony śluzowej, mianowicie szyi trzeba uwzględnić operacyę Schrödera, Simona-Marckwaldta i Emmeta. Borysowicz podał odmianę operacyi Schrödera, wreszcie wytrzebienie w formach krwotocznych a nawet wyjęcie całej macicy. Te przypadki jednak już przedstawiają coś więcej patologicznego, niż samo zajęcie *endometrium*.

Są stany chorobowe samego *endometrium*, będące utrapieniem chorych i nawet lekarzy, są chore, które przeszły przez ręce wszystkich ginekologów, jakich tylko mogły się zaradzić, nie polepszywszy stanu swego. Są to owi stali goście najrozmaitszych zakładów kąpielowych i wód, jeżeli ich stósunki majątkowe na to pozwalają. U niektórych sprawa dopiero z wejściem w wiek późniejszy poprawia się, o ile forma *endometritis vetularum* nie dokuczy. Zwrócić muszę jednak uwagę, że zapatrywanie samychże chorych jest względne, i wiele z nich skarży się na nadzwyczaj wielkie

[1]) Mackenrodt: Sammlung klin. Vorträge. Nr. 45. Leipzig.
[2]) R. Pichevin: Gaz. des hôpitaux. 1890. Nr. 46.
[3]) Veit: Zjazd niemieckich przyrodników. Berlin. 1886.
[4]) Le Dentu: Annales de Gyn. Tom XXXV. s. 140.

upławy, gdy przedmiotowo mało można widzieć wydzielin; inne znów, które mają obfite odchody, twierdzą, jakoby nigdy nie cierpiały na upławy.

Tak, jak przedstawia się dziś sprawa nieżytu macicy, sądzę, że zdanie przed laty przez Schrödera na 53. zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w tej kwestyi wypowiedziane, można zawsze utrzymać w całości, że mianowicie, czy tak czy owak, z rozszerzeniem szyi macicznej lub bez, ze skrobaniem lub bez i stósowaniem najrozmaitszych środków, nie możemy twierdzić, że wszelkie nieżyty macicy wyleczymy i że chore zostaną bezpieczne od recydywy.

Chirurgia.

Chaput: O wszywaniu moczowodów do kiszki.

Wszywanie moczowodów do kiszki nie jest rękoczynem zasadniczo nieracyonalnym, gdyż n. p. ptaki w ciągu całego życia mają t. zw. kloakę, wspólną dla moczu i kału; również i płód człowieka w pierwszych tygodniach swego istnienia ma podobną kloakę, dopiero później w dalszym rozwoju powstają niezależne od siebie pęcherz i odbytnica. Opierając się na tem, chirurgowie w tych przypadkach, gdzie pęcherz uległ zupełnemu lub częściowemu zniszczeniu przez raka lub gruźlicę, dalej w wadach rozwojowych pęcherza, w przetokach pęcherzowo- i moczowodowo-pochwowych i nareszcie w niedrożności moczowodów, próbują oddawna skierować mocz do kiszek za pomocą wszycia w nie moczowodów. Streściwszy prace kliniczne i eksperymentalne w tej kwestyi, zwraca autor uwagę, że i on robił doświadczenia na psach. Wyniki jednak jego doświadczeń nie były korzystne, przyczyny czego autor upatruje w tem, że moczowody psa są stósunkowo bardzo wąskie, skutkiem czego przy wszywaniu ich do kiszki stają się one z powodu ucisku niedrożnymi, co sprawia śmiertelną dla zwierzęcia puchlinę nerki (*hydronephrosis*); z drugiej strony, grozi tu zawsze puszczenie szwów z następowem zapaleniem otrzewnej i nareszcie zapalenie miedniczek i nerki, zależne od bardzo znacznej jadowitości (*virulence*) treści kiszek u psa. Wobec tego, dochodzi autor do wniosku, że do tego rodzaju doświadczeń potrzeba zwierząt znacznie większych od psów; doświadczenia te jednak przedstawiają tyle trudności praktycznych i ekonomicznych, że ich autor zaniechał. Natomiast wykonał on wspomnianą operacyę trzy razy na ludziach. W pierwszym przypadku miał autor do czynienia z przetoką moczowodowo-pochwową, nie nadającą się do operacyi od strony pochwy; po podłużnem warstwowem przecięciu ściany brzusznej w lewej jamie biodrowej, odszukał autor moczowód i wszył go w **S** rzymskie po jego wewnętrzno-tylnej stronie; wykonał to zaś w sposób następujący: Po przymocowaniu tylnego brzegu ujścia moczowodu do nienaruszonej jeszcze kiszki za pomocą szwu mięśnio-mięśniowego, naciął autor na parę milimetrów poniżej szwu tego kiszkę w długości około 1 cm., poczem ten sam tylny brzeg moczowodu połączył z odpowiednim brzegiem rany kiszkowej szwem śluzowo-śluzowym (*muco-muqueuse*), następnie autor zakończył szycie szwem mięśnio-mięśniowym, nałożonym na przednie brzegi moczowodu i kiszki. Przebieg choroby pooperacyjny był bezgorączkowy i bez komplikacyi; chora przyszła zupełnie do zdrowia i oddaje na pół płynne stolce, zawierające kał i mocz, wszystkiego 3 lub 4 razy dziennie. W drugim przypadku w gruźliczem zapaleniu pęcherza autor operował dwa razy. Początkowo wszył sposobem powyżej opisanym lewy moczowód w **S** rzymskie; ponieważ chora zniosła to dobrze, więc w trzy miesiące potem, gdy już chora przyszła zupełnie do siebie, wykonał autor to samo i z drugim moczowodem, skutkiem czego jednak nastąpiła śmierć chorej z anuryi.

Opierając się na tych przypadkach autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Wszywanie moczowodów do kiszki jest u człowieka operacyą względnie łatwą i dobrze przebiegającą; ani puchlina nerki skutkiem niedrożności ani zapalenie miedniczek i nerki (*pyelonephritis*) skutkiem idącego ku górze z kiszki zakażenia nie są koniecznem jej następstwem.

2) Wszywanie moczowodów do kiszki obustronne, wykonane ze skutkiem pomyślnym przez Novarę na psie, pozwala przypuszczać, że operacya ta dałaby się wykonać z równem powodzeniem i na człowieku.

3) Dostawanie się moczu do kiszki ani nie przeszkadza trawieniu ani nie drażni błony śluzowej kiszki; wywołuje ono jedynie trochę częstsze stolce, niż prawidłowo to bywa.

4) Operacya ta jest cennym środkiem leczniczym dla tych przypadków, w których nie dadzą się zastósować inne metody operacyjne. (*Archives générales de médecine*. Janvier 1894).

Dr. A. Majewski.

Choroby wewnętrzne.

R. Köhler: Obrzęk śluzakowy (*myxoedema*) na tle kiły i promienicy.

Powołując się na bardzo rzadki przypadek obrzęku śluzakowego, który obserwował przed kilku laty, a którego przyczyną było kiłowe zwyrodnienie gruczołu tarczykowego, autor przytacza i drugi, którego przyczyną była promienica tegoż gruczołu.

Pierwszy przypadek tyczył się kobiety 48-letniej, u której były wszystkie objawy obrzęku śluzakowego, jakoto: osłabienie zdolności umysłowych, utrudnienie mowy, suchość skóry i t. d. Badanie przedmiotowe wykazało stwardnlenie skóry na przedniej części szyi a prócz tego dużych rozmiarów kilak na lewym mięśniu mostko-obojczyko sutkowym. Zastósowano leczenie przeciwkiłowe, pod wpływem którego ustąpiły nietylko powyżej podane zmiany kiłowe, lecz nadto i objawy obrzęku śluzakowago a chora powoli zaczęła wracać do zdrowia.

Drugi przypadek tyczył się chorej w wieku 25 lat, która zgłosiła się do autora o poradę lekarską z powodu cierpienia na szyi. Badanie przedmiotowe wykazało zgrubienie twarzy, rąk, nóg a szczególniej warg, w ślad za czem szło upośledzenie czynności tychże narządów, jak utrudnienie mowy i nieregularne ruchy. Chora podała, że przed rokiem dostrzegła obrzmienie i zaczerwienienie na przedniej części szyi, które następnie przeszło w ropienie. Po operacyi ustąpiło ropienie, ale potem pokazało się powtórnie. Badanie właściwego miejsca cierpienia wykazało na przedniej części szyi twarde obrzmienie skóry wielkości dłoni, sino-czerwone, niemniej i owrzodzenia przez jej całą grubość. Za pomocą operacyi usunięto owrzodzenia na czas jakiś, wkrótce jednak pokazały się świeże ropnie, które po nacięciu przedstawiały wszystkie cechy promienicy, co też potwierdziło i badanie mikroskopowe. Teraz wycięto skórę schorzałą, cały gruczoł tarczykowy, o ile był zajęty przez promienicę, wyskrobano i przypalono termokauterem a następnie ranę granulującą pokryto plastycznie. Zaraz po operacyi zaczęły znikać i objawy obrzęku śluzakowego a chora odzyskawszy władze umysłowe, potrafiła podać, że obrzmienia te rąk, nóg i t. d. pojawiać się zaczęły w trzy miesiące po rozpoczęciu się cierpienia i że przedtem zawsze miała ona dobrą pamięć i wymowę. Na podstawie tego przypadku autor uważa za przyczynę obrzęku śluzakowego promienicę, która powoli zniszczyła gruczoł tarczykowy; tę zaś okoliczność, że obrzęk śluzakowy ustąpił zupełnie po operacyi, tłómaczy tem, że upośledzone przez chwilę w czynności swojej cząstki gruczołu po operacyi znowu poczęły funkcyonować. Autor przypuszcza, że chora wyzdrowieje zupełnie i nie zajdzie potrzeba leczenia obrzęku śluzakowego pewnymi sposobami, do których należy przeszczepienie cząstek gruczołu tarczykowego w powłoki brzuszne. (*Berlin. klin. Wochenschrift* Nr. 41, 1894).

Dr. Józef Langer.

Zapiski terapeutyczne.

— H. Kossel: Seroterapia w błonicy (z berlińskiego zakładu dla chorób zakaźnych). Seroterapia Behringa polega, jak wiadomo, na tej zasadzie, że krew zwie-

rzęca przeciw pewnej chorobie uodpornionego jest w stanie każde indywiduum tego lub innego gatunku uczynić nieprzystępnem dla tejże samej choroby. Tak n. p. jeżeli się pewne zwierzę zrobi odpornem przeciw lasecznikom czyto tężca czy błonicy i małą ilość jego krwi wstrzyknie innemu zwierzęciu, to zwierzę to staje się odpornem na pewien czas na szczepienie tym samym gatunkiem bakteryj.

Otóż prątki błonicze działają w sposób bardzo wyraźny chorobotwórczo na ustrój zwierzęcy a działają przez swe wytwory trujące. Jeżeli przeto rozchodzi się o to, by zwierzę zrobić odpornem przeciw lasecznikom błoniczym, to trzeba je zrobić odpornem przeciw jadowi błoniczemu a to robi się w stopniu coraz wyższym w ten sposób, że mu się wstrzykuje ciągle coraz większe dawki trucizny, które zwierzę wprawdzie czynią chorem, jednak go nie zabijają. Otóż z tą odpornością zwierzęcia względem trucizny rośnie w tym samym stósunku uodporniająca moc surowicy jego krwi.

To uodpornienie zwierząt przeciw błonicy polega na tem, że wstrzykuje się im pod skórę stopniowo coraz większe ilości owej trucizny błoniczej, którą według Rouxa i Yersina otrzymuje się w ten sposób, że hodowle laseczników błoniczych szczepi się w stósownych naczyniach do bulionu i po 4 tygodniach mniej więcej zabija laseczniki przez dodanie 0·5% kwasu karbolowego lub 0·3 trykresolu. Przeto laseczniki opadają na dno a płyn przeźroczysty zawiera w sobie truciznę rozpuszczoną.

Zwierzęta oddziaływają na wstrzykiwania trucizny gorączką, obrzmieniem w miejscu wstrzyknięcia i wytworzeniem właściwych antytoksyn, których ilość we krwi zwiększa się, im więcej zrobiono wstrzykiwań; tych zaś wstrzykiwań robi się tyle, ile potrzeba, by surowica zwierzęcia nabrała antytoksyn w dostatecznej ilości.

To powstawanie antytoksyn kontroluje się przez upuszczenie krwi zwierzęciu co pewien czas i próbowanie jej skuteczności. Próba ta polega na zasadzie, że trucizna i jej swoista odtrutka po zmięszaniu w rurce odczynnikowej zobojętniają się; według Ehrlicha zaś robi się to w ten sposób, że z trucizny, której działanie na morską świnkę jest dokładnie znane, 10 krotna ilość najmniejszej dawki śmiertelnej, n. p. 1·00 mięsza się z różnemi ilościami krwi, n. p. 0·30, 0·25, 0·20, 0·15 i 0·10 i te pięć mięszanin wstrzykuje pięciu świnkom. Świnka, której wstrzyknięto n. p. 0·30 krwi + 1·00 trucizny nie okazuje żadnych zboczeń chorobowych, inne coraz większe tak, iż n. p czwarta świnka z 0·15 krwi + 1·00 trucizny ginie po 14 dniach a ostatnia z 0·10 krwi + 1·00 trucizny, pada już po dwóch dniach na zatrucie błonicze.

W celu porozumienia się co do mocy surowicy, nazwali Behring i Ehrlich normalną tę surowicę, której 0·10 grama wystarcza do zobojętnienia 10 krotnej dawki śmiertelnej i powiadają, że centymetr sześcienny zawiera jednostkę odporności. Surowica przeto, której 0·01 wystarcza do zobojętnienia trucizny, jest surowicą od prawidłowej 10 razy mocniejszą, to jest centymetr jej sześcienny zawiera 10 jednostek odporności.

Z doświadczeń Ehrlicha i autora wypada, że do wyleczenia błonicy u dzieci potrzeba przynajmniej 500 jednostek immunizacyjnych czyli że trzeba im wstrzyknąć albo 10 cm.^{3} surowicy mocniejszej 50 razy od normalnej lub 5 cm.^{3} surowicy mocniejszej 100 razy od normalnej.

Jeżeli przeto badanie wykaże, że krew uodpornionego zwierzęcia moc tę posiada, to wtedy upuszcza się mu krwi w dosyć znacznej ilości do naczyń wyjałowionych i wstawia ją do lodowni aż do skrzepnięcia. Surowicę przeźroczystą zbiera się, zadaje 0·50% kwasem karbolowym i **otrzymuje w ten sposób surowicę leczniczą przeciw błonicy**.

Najdogodniej do otrzymywania surowicy używać koni ze względu na ich wielkość a tem samem i znaczną ilość krwi.

Przechodząc teraz do terapeutycznego zastósowania tej surowicy u ludzi, przypomnieć trzeba, że błonica może występować u członków tej samej rodziny w bardzo rozmaitym stopniu i gdy u jednej osoby widzi się zapalenie gardła mieszkowe *(angina follicularis)*, kończące się po kilku dniach zupełnem wyzdrowieniem, przychodzi u drugiej do zajęcia także i krtani, u trzeciej do zmian jeszcze rozleglejszych, do zmian nawet i w nosie i śmierci wśród przypadów ogólnych. Tylko badanie bakteryologiczne wykazuje, że zmiany chorobowe w tych przypadkach na pozór tak od siebie różne mają jednę przyczynę a jest nią zakażenie lasecznikami błoniczymi.

Doświadczenie okazuje, iż leczenie błonicy właściwą surowicą jest tem skuteczniejsze, im choroba mniejsze zajęła obszary, im wcześniej ono się rozpocznie.

Na tej podstawie postępując, obniżono śmiertelność z błonicy w berlińskim zakładzie dla chorób zakaźnych do 16% a z dzieci nadesłanych w pierszym lub drugim dniu choroby nie stracono ani jednego. Wypada przeto spodziewać się, iż będzie można wyleczyć każdy świeży przypadek prawdziwej, czystej błonicy.

Zarzut, iż surowicą leczono dotychczas przypadki z łagodnej epidemii, upada wobec tego, że doświadczenia odnoszą się do długiego czasu i wypadły jednakowo w różnych epidemiach i na różnych miejscach, jak n. p. i u Rouxa w Paryżu.

Z surowicy, o której mowa, nie widział autor żadnych szkodliwych skutków: nie było ani podwyższenia ciepłoty, ani białkomoczu, ani żadnego niekorzystnego wpływu na serce. Bolesność w miejscu wstrzyknięcia, jeżeli się pojawiła, znikała zazwyczaj na drugi dzień. Czasem po kilku dniach pojawiał się rodzaj pokrzywki na skórze.

W 48 godzin po wstrzyknięciu widzieć można bardzo dobrze wstrzymanie się sprawy chorobowej, oddzielanie się błon i sklęśnięcie gruczołów limfatycznych.

Jeszcze wyraźniejszym jest wpływ ogólny wstrzykiwań, o których mowa. Już w kilka godzin po wstrzyknięciu zaczyna opadać ciepłota, zmniejsza się liczba tętna i dochodzi do prawidła, n. p. ze 160 na 96 i z 40° na 37°. Podniesienie się powtórne gorączki wskazuje z pewnością na powikłanie, jak zapalenie ucha środkowego, początek ropienia gruczołów limfatycznych, ostre osutki, zapalenie płuc.

W chorobach podobnych tylko do błonicy, w płonicy bez laseczników błoniczych surowica przeciwbłonicza nie działa, jak równie nie działa w daleko zaszłych przypadkach błonicy, jeżeli są powikłania.

Na porażenia pobłonicze w przypadkach nie bardzo świeżych trzeba się przygotować nawet w razie leczenia surowicą.

Wstrzykiwać najlepiej w dolne, boczne części klatki piersiowej poniżej pachy. U dzieci z bezdechem możnaby wstrzykiwać w udo.

Do injekcyj nadaje się najlepiej strzykawka Kochowska o 10 cm.^{3} objętości dla płynu. Przed użyciem należy ją wraz z kaniulą wypłukać naprzód bezwodnym wyskokiem *(alkohol absolutus)* a następnie w celu wydalenia wyskoku 0·5% kwasem karbolowym.

Po wyjęciu kaniuli ze skóry należy miejsce wbicia igły zamknąć watą i kolodyum jodoformowem.

Fabryka pod firmą Meister Lucius i Brüning w Höchst nad Menem sprzedaje surowicę leczniczą w trzech osobnych flaszeczkach, których treść wystarcza właśnie na jedno wstrzyknięcie.

Numer pierwszy zawiera 600 jednostek immunizacyjnych i wystarcza dla świeżych przypadków, t. j. w pierwszym i drugim dniu choroby.

Numer drugi zawiera koło 1000 jednostek immunizacyjnych, zaleca się albo w przypadkach od samego początku bardzo ciężkich albo starszych, niż dwa dni albo przebiegających z zajęciem krtani.

Numer trzeci z 1500—1600 jednostek immunizacyjnych przeznaczony jest dla dorosłych i dla przypadków bardzo ciężkich, zadawnionych u dzieci.

Jeżeli nazajutrz po wstrzyknięciu nie widać skutku dostatecznego, trzeba natychmiast wstrzyknąć po raz drugi.

Drogość leczenia surowicą jest tylko pozorna, jeżeli się zważy, co kosztuje zresztą leczenie błonicy przez wydawanie pieniędzy na leki, przyrządy inhalacyjne i t. p. W seroterapii wystarczy proste przepłukiwanie jamy ustnej dla utrzymania jej w czystości.

Do ochrony od błonicy członków rodziny, w której pojawiła się ta choroba, wystarcza wstrzyknięcie $^1/_4$ flaszeczki numeru pierwszego.

Jak długo trwa odporność po wstrzyknięciu właściwej surowicy, dotychczas jeszcze nie wybadano. Autor sądzi, że nie trwa dłużej nad 2 do 3 tygodni. *(Deutsche medicinische Wochenschrift.* 25. Października 1894).

— Przeciw powstawaniu blizn po ospie zaleca Lebesque pomazywać twarz i szyję tak, by były ciągle zwilżone, płynem:

133) Rp. *Sublimati*
Exti opii aquosi $\widehat{aa}$ *1·00*
Spir. vini *5·00*
Glycerini *60·00*
MDS. Zewnętrznie.

Pod działaniem tego płynu ustaje swędzenie i guzki odpadają już 5-go dnia. *(Le Formulaire.* Październik 1894).

— Brodawki na skórze zaleca Palm pomazywać dwa razy dziennie płynem:

134) Rp. *Acidi salicylici*
Acidi lactici $\widehat{aa}$ *1·00*
Collodii *2·00*
MD. in vitro bene clauso.
S. Zewnętrznie. *(Tamże).*

— W obrzęku śluzakowym zaleca się, jak wiadomo, tyroidyna; do przepisywania jej posłużyć może wzór:

135) Rp. *Thyroidini siccati* *2·00*
Terrae silicatae
Mucil. gummi tragacanthae $\widehat{aa}$ *q. s.*
M. f. l. a. pill. nro 20.
Consp. pulv. lycopodii.
S. Zażywać dziennie od 1 do 6 pigułek.
(Les Nouveaux Remèdes. Octobre 1894).

V. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894. roku.

Napisał
Dr. Leon Kryński,
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

W dyskusyi nad odczytem Dra Szumana zabrał głos Dr. Barącz. Obserwował on wielokrotnie podczas pobytu swego w Londynie w r. 1882. narkozy eterowe, stósowane tam wtedy wyłącznie; używano do nich przyrządu Clovera, zbliżonego do maski Wanschera, eteru zużywano stósunkowo bardzo mało, narkozę jednak zupełną otrzymywano dopiero po $^1/_2$ godziny.

Wrażenie z narkoz tych odniósł Dr. Barącz dobre; były one wszystkie bez powikłań i groźnych przypadłości. Nieprzyjemnemi było jedynie znaczne ślinienie, sinica i oddech chrapiący. Dr. Barącz zwraca uwagę na korzyści stósowania przy operacyach dłużej trwających chloroformu naprzemian z eterem. Pyta się dalej Dr. Barącz prelegenta, dlaczego przekładał on maskę Julliarda nad inne i ile czasu potrzebował w swych przypadkach do otrzymania zupełnej narkozy.

W odpowiedzi oświadczył Dr. Szuman, że używając maski Julliarda otrzymywał zupełną narkozę w przeciągu 3—5 minut, gdy pod maską Wanschera chory zupełnie usypiał nie wcześniej, jak po 15 minutach.

Prof. Rydygier używa w klinice swojej przeważnie chloroformu i sądzi, że Gurlt, który chloroform chciałby wyrugować zupełnie z użycia, idzie za daleko. Tego zdania jest i Bergmann, jak to wyraził na Zjeździe chirurgów niemieckich po wykładzie Gurlta.

Eteru używa mówca w razie znacznego osłabienia chorego w czasie operacyj długo trwających, szczególnie laparotomij, ma jednak eter w tych razach wadę tę, że niespokojne, głębokie oddechy powiększając ruchy jelit, przeszkadzają operacyi. Do narkozy eterowej używa prof. Rydygier maski Czernego; przedstawia ona cylinder z twardej skóry z wałeczkiem gumowym, wydętym powietrzem u dołu i przykrywką skórzaną u góry. Wnętrze koszyka wypełniają warstwy cienkiej flaneli, prostopadle przeciągnięte w poprzek od jednej ściany do drugiej; prócz tego, by zapobiedz ściekaniu eteru na twarz, wkłada się na spód jeszcze warstwę waty Brunsa. Wyższość maski Czernego w porównaniu z maską Julliarda stanowi to, że zakrywa ona stósunkowo nieznaczną część twarzy, co dla narkotyzującego ma znaczenie. Jeszcze w wyższym stopniu zaletę tę ma koszyk szklany, przysłany niedawno mówcy przez wynalazcę Dra Vajna z Budapesztu, jest on jednak stósunkowo za nizki i ztąd niedogodny do trzymania. Projekt maski szklanej do eteru przygotowywał był w tym samym czasie Dr. Kryński, uprzedził go jednak w tem ów Dr. Vajna. Mówca kazał zrobić niedawno według swego modelu nową maskę, podobną do koszyka Czernego, lecz szklaną, w kształcie klepsydry, której górna połowa jest stósunkowo niższą i mieści w sobie watę higroskopijną. Kończąc, oświadcza mówca, że i nadal trzymać się będzie przeważnie chloroformu, używając eteru tylko do przypadków, gdzie jest on specyalnie wskazanym.

Dr. Kryński oświadcza, że pomiędzy przeciwwskazaniami do użycia narkozy eterowej nie wymienił Dr. Szuman obecności wola, stanowiącej przeciwwskazanie ważne wobec tego, że eter sprawia rozszerzenie się naczyń głowy i szyi, ztąd więc przekrwienie i powiększenie wola, co zwiększa zwykle i tak istniejącą już duszność. Wskazują na to chirurgowie francuscy; to samo dostrzegł także mówca w klinice krakowskiej. Co się tyczy użycia żegadła Paequelina, to stanowi ono przeciwwskazanie tylko względne. Pomimo łatwej zapalności eteru zapala się on dopiero w odległości 2 cm., jeżeli ognisko znajduje się poniżej zbiornika eteru, jeżeli zaś powyżej, to odległość ta znacznie jest większą, gdyż pary eteru opadają ku dołowi, jak przekonał się o tem mówca w próbach robionych przez siebie w klinice krakowskiej. Wobec tego zupełnie można użyć eteru do narkozy nawet używając równocześnie żegadła Pacquelina na głowie.

Dr. Kader (z Wrocławia) powiada, że w klinice wrocławskiej stósowano eter przez jedno półrocze; używano do tego różnych masek i różnych metod, ostatecznie jednak zaniechano eteru. Wadą używania eteru jest to, że twarz chorego nie może tu służyć do kontroli obiegu krwi i oddychania, gdyż jest ona stale sinawo-czerwoną z przewagą barwy sinej, co pochodzi ztąd, że narkoza jest tu podwójna:

w części eterowa a w części wywołana dwutlenkiem węgla (CO_2), którego nadmiar zależy od przepełnienia śluzem tchawicy, krtani i jamy ustnej, stanowiąc mechaniczną przeszkodę dla dostępu powietrza do płuc. Przeszkoda ta jest niebezpieczną i z innych względów: 1) skutkiem niej rozwija się nieraz nieobliczalne w swych skutkach zapalenie oskrzeli i płuc; szczególniej tyczy się to dzieci i osób wiekowych. 2) Utrudnia ono w znacznym stopniu w razie asfiksyi stósowanie sztucznego oddychania. Mówca uważa narkozę chloroformową za stanowczo lepszą od narkozy eterowej. Nawet w przypadkach nieprawidłowego stanu serca używa on także nie eteru, lecz chloroformu, ponieważ eter równie działa niekorzystnie na serce. We wrocławskiej klinice miano dwa przypadki zapadu serca w pół godziny po skończeniu narkozy eterowej, z drugiej zaś strony, jeżeli dać choremu na parę dni przed operacyą naparstnicę lub *strophantus* a w czasie operacyi zastrzykiwać mu w razie osłabienia kamforę, to można zupełnie bezpiecznie usypiać chorego chloroformem. Stósując chloroform w ten sposób, nie miał mówca ani razu poważniejszej asfiksyi.

Dra Schramma nie przekonał odczyt Dra Szumana co do eteru. Na 75 narkoz eterowych miał Dr. Szuman 10 niespokojnych lub niewystarczających, przy odpowiedniej liczbie kolejnych narkoz chloroformowych nie byłoby prawdopodobnie tak wiele narkoz nieprawidłowych. Mówca jest najzupełniej zadowolony z narkoz chloroformowych; szczególniej są one dobre u dzieci. Do eteru zraził go przypadek, w którym dziecko z objawami wprawdzie gruźlicy, dostało po użyciu eteru mocnego zapalenia płuc. Gdy w czasie narkozy chloroformowej okazuje się potrzeba podniesienia czynności serca, dobrze jest nalać na zwykłą maskę chloroformową kilkanaście gramów eteru, poczem można znowu narkotyzować chorego chloroformem bez obawy o groźne przypadłości. Korzyści narkozy eterowej, oparte na danych statystycznych, są niepewne wobec stósunkowo małej liczby notowanych narkoz eterowych.

Prof. Obaliński od połowy Kwietnia 1894 roku, to jest od ostatniego Zjazdu chirurgów niemieckich zaprowadził w swoim oddziale eter, jako główny środek do narkozy. Do tego czasu wykonano tam około 150 narkoz eterowych. Niekorzystne strony eteru są według mówcy jedynie pozorne:

1⁰ chory ma oddech ciężki, chrapliwy; na nieprzyzwyczajonych wywiera to bardzo przykre wrażenie, przyczyną jednak przypadku oddech ten nie był nigdy ani u profesora Obalińskiego ani u innych chirurgów stósujących eter.

2⁰ chory jest zawsze czerwony; objaw ten, zdaniem mówcy, jest raczej przyjemnym, niż przykrym, gdyż gwarantuje on, że chory nie jest w zapadzie.

3⁰ ślinienie się i wypełnianie się dróg oddechowych śluzem jest przykre, wystarcza jednak wyczyścić pęczkiem waty lub palcem jamę ustną, by zabezpieczyć chorego od asfiksyi.

Takie są wady eteru, zaletą zaś jego jest:

1⁰ to, że jest on, jak wskazuje statystyka, środkiem daleko bezpieczniejszym dla życia chorego od chloroformu. Nawet przy używaniu zwykłego eteru nie miał prof. Obaliński w swoich 150 przypadkach ani jednego poważniejszego powikłania narkozy. Można zaś używać do narkozy eteru Picteta, pozbawionego zanieczyszczającego zwykły eter aldehidu, który wywołuje przeważnie część objawów, uważanych za wadę narkozy eterowej; dla użytku szpitalnego eter ten jest jednak za drogi.

2⁰ Gdy chory uśnie, można przerywać podawanie eteru. Chory nawet, gdy przyjdzie w czasie operacyi do przytomności, bólu, o ile zasłania się mu oczy, zupełnie nie czuje.

3⁰ Chorzy prędko przychodzą do siebie, nie są bladzi, nie czują się zbici, zmaltretowani, jak to bywa po chloroformie, gdzie chory, któremu wykonano operacyę nieznaczną, nieraz i w parę godzin po narkozie nie ma dość sił, by podnieść się z łóżka. Wymioty po narkozie eterowej zdarzają się, co najmniej, dwa razy rzedziej, niż po narkozie chloroformowej; za objaw nieprzyjemny można uważać tylko to, że oddech chorych czuć przez czas jakiś eterem. Do narkozy używa mówca przyrządu Wanschera, zmodyfikowanego przez Grossmanna; modyfikacya ta polega na zwiększeniu torby i otworu szyjki. Przy używaniu tego przyrządu wychodzi eteru stósunkowo bardzo mało. Średnia ilość eteru spotrzebowywana w oddziale prof. Obalińskiego, w minucie wynosi 1,2 cm.^{3}, zatem na małą operacyę zupełnie wystarcza jednorazowe wlanie do przyrządu 25 grm. eteru, na średnią operacyę wychodzi około 50 grm., na większą około 100 grm. Największą, spotrzebowaną ilość eteru stanowiło 125 grm., za pomocą których otrzymano trzechgodzinną narkozę; wobec tego, nie dziwi się mówca, że u Bardelebena było zejście śmiertelne skutkiem narkozy eterowej, gdyż tam zużyto w ciągu 48 minut 240 grm. eteru. Dla otrzymania zupełnej narkozy eterowej potrzebowano u prof. Obalińskiego średnio około 6,5 minut; ponieważ na otrzymanie takiejże narkozy chloroformowej potrzeba około 5 minut, różnica więc ta okazuje się stósunkowo bardzo nieznaczną. W ogóle stósuje mówca do narkoz jako środek stały, codzienny eter, do chloroformu zaś ucieka się jedynie w wyjątkowych przypadkach. Eter, według mówcy, to narkoza przyszłości.

Dr. Ziemacki (z Charkowa) do ostatnich czasów używał tylko chloroformu. Od Lutego b. r. zaczął on stósować eter; od tego czasu miał około 60 narkoz eterowych. W 3 z nich obserwował niepożądane powikłania: w pierwszym przypadku podczas głębokiej narkozy eterowej u 40-letniego mężczyzny, nie alkoholika, nastąpił nagle bardzo burzliwy okres; drugi raz histeryczka, pomimo spotrzebowania znacznych ilości eteru, nie usnęła; trzeci raz u dziecka pięcioletniego nastąpił nagle podczas narkozy napad epileptyczny.

Pomimo jednak tych przypadków, sądzi mówca, że narkoza eterowa, jako daleko bezpieczniejsza od chloroformowej, powinna znaleść na przyszłość szersze, niż dotychczas zastósowanie.

Dr. Broeckere przeciwny jest użyciu narkozy eterowej ze względu, że trwa ona za długo, średnio pół godziny. W szpitalu przy nawale chorych tyle czasu poświęcać jednemu choremu nie można. Z drugiej strony osobiste doświadczenie skłania mówcę do używania chloroformu, który o ile leje się go ostrożnie i kroplami, nie jest niebezpieczny. Eter powinien znaleść zastósowanie jedynie u chorych osłabionych, nie zdolnych do przetrzymania parogodzinnej narkozy chloroformowej. W swojej praktyce miał mówca dwa przypadki szału, który owładnął chorym podczas narkozy eterowej. Z tego względu, jak i z poprzednio wymienionych jest on przeciwny stałemu używaniu eteru.

Dr. Wehr powiada, że chloroform zastąpić eterem możnaby jedynie wtedy, gdyby statystyka eteru dała zero śmiertelności. Różnice w poglądzie na te środki, które odpowiednio stósowane mogą być dobre obydwa, wynikają prawdopodobnie nie tyle z samej ich natury, ile z rozmaitego sposobu ich stósowania. W każdym razie uważać należy za narkozę typową narkozę chloroformową, eterową zaś tylko za pomocniczą. Co do masek, to skomplikowane przyrządy uważa W. za nieodpowiednie; najlepszą, podług niego, jest maska Esmarcha.

Prof. Obaliński oświadcza w odpowiedzi, że narkozy eterowe u Dra Broeckerego trwały za długo, gdyż nie używał tej metody, co on. W ogóle wnioski swoje opierał mówca na danych, otrzymanych przy użyciu maski Wanschera — Grossmanna, nie dziwi się więc przeto, że wnioski jego nie godzą się z wnioskami lekarzy używających do narkozy eterowej innych starych masek i metod. Co do szału, to bywa on i po chloroformie; prof. O. miał w swojej praktyce podobny przypadek, szał więc ten nie jest wyłączną wadą eteru a jest ogólną cechą narkotyków.

Prezydujący Dr. Gabszewicz zamyka dyskusyę nad odczytem Dra Szumana, zwracając uwagę, że używamy eteru dotychczas jeszcze za krótko, by módz o nim wyrzec ostatnie słowo.

Dr. Ziemacki proponuje opracowanie wzorów czyli szematów dla statystyki narkoz eterowych; wzory takie zaprowadzono w Rosyi, przez co gromadzi się obfity materyał statystyczny.

Dr. Szuman podtrzymuje wniosek poprzednika, radzi jednak statystyk samodzielnych nie prowadzić a dane swoje dołączać do statystyk zagranicznych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 8. Listopada 1894 r.

— W dniu 7. b. m. odbyło się posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lek. krakowskiego. Przewodniczący Dr. Kwaśnicki odczytał list Dra Ściborowskiego, który składa w darze bibliotece Towarzystwa lek. krak. zbiór dzieł lekarskich, głównie złożony z pism peryodycznych i mnóstwa broszur, i wniósł w myśl Komitetu, aby Towarzystwo podziękowało piśmiennie ofiarodawcy z zapisaniem tego do protokołu; wniosek ten przyjęto jednomyślnie. Przewodniczący odczytał następnie proponowaną przez Komitet listę komisyi przedwyborczej, składającą się z 25 członków, którą również przyjęto bez zmiany.

Dr. Kryński przedstawił chorego, u którego z powodu przecięcia ścięgien obydwóch zginaczów palca 3 go prawej ręki i zupełnej niemożliwości wykonywania ruchów fleksyjnych, wykonał operacyę plastyki ścięgien, polegającą na tem, iż część obwodową przeciętego ścięgna zginacza powierzchownego zaszył ze ścięgnem tegoż zginacza palca 2-go, ścięgno zaś przeciętego zginacza głębokiego zeszył ze ścięgnem tegoż zginacza palca 4-go. Rozdzieliwszy w ten sposób czynność przeciętego mięśnia 3-go palca na dwa sąsiednie, otrzymał mówca po zupełnem zagojeniu się rany wynik bardzo dobry.

Dr. Słapa wyłożył rzecz o stósowaniu leczniczem surowicy krwi w błonicy według metody Behringa i okazał potrzebne do tego przyrządy. W dyskusyi zabierali głos: prof. Jakubowski, Dr. Kryński i Dr. Murdzieński.

— Dr. Władysław Ściborowski ofiarował bibliotece Towarzystwa lekarskiego krakowskiego nader cenny zbiór książek, między którem wymienić należy komplet oprawnych roczników *Przeglądu lekarskiego*, całą seryę drugą (11 tomów) *Tygodnika lekarskiego* z lat 1857 do 1867, wychodzącego niegdyś w Warszawie, *Pamiętnik Tow. lek. warsz.* z lat 1851 do 1865 i 1877 do 1894, *Pamiętniki i Rozprawy Akademii Umiejętności* i broszur, w połowie zakresu balneologii przeszło 500.

— Rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych pozwala aptekom utrzymywać na składzie i wydawać surowicę leczniczą, której sprowadzanie wszakże wprost z zagranicy wymaga pozwolenia właściwego Namiestnictwa. Doświadczenia z tym nowym środkiem leczniczym należy robić tylko w klinikach i dobrze urządzonych szpitalach, gdzie można dokładnie obserwować działanie leku. Z ważnych szczegółów podczas leczenia dostrzeżonych należy zdawać sprawę władzy politycznej. Ze względu, że surowica lecznicza musi przedstawiać rękojmię, iż jest należycie przyrządzona, wolno sprowadzać ją tylko z firmy Meister Lucius i Brüning Farbwerke w Höchst nad Meuem, z chemicznej fabryki akcyjnej E. Scheringa w Berlinie i z zakładu pasteurowskiego w Paryżu.

— Z trudności utworzenia Izby lekarskiej w Czechach wybrnął rząd w ten sposób, iż postanowił utworzyć jednę tylko Izbę w Pradze z dwoma sekcyami, czeską i niemiecką, każdą złożoną z 25 członków. Po raz pierwszy będą prezydent Izby i jego zastępca wybrani z ogółu członków Izby; po trzech latach wybór ten przypadać będzie kolejno na każdą sekcyą z osobna w ten sposób, iż zastępca prezydenta będzie wybrany z tej sekcyi, do której prezydent nie należy.

— *La semaine médicale* umieszcza w najświeższych numerach streszczenie prac doc. Dra Trzebickyego i Dra Pelczara w piśmie naszem w roku bieżącym umieszczonych.

— Następny kongres internistów francuskich odbędzie się w połowie Sierpnia lub Września roku 1895. w Bordeaux Prezydentem jego wybrany Bouchard, wiceprezydentem Pitres. Na porządek dzienny dano: 1) Zakaźne zapalenia rdzenia pacierzowego; 2) Związek wątroby z jelitami w patologii i 3) Środki obniżające temperaturę a zarazem łagodzące ból.

— W dniu 28. z. m. odsłonięto w Lugdunie nader uroczyście pomnik wiekopomnej pamięci fizyologa Klaudyusza Bernarda. Pomnik ten, umieszczony na placu przed gmachami uniwersyteckiemi, udatne dzieło lugduńskiego rzeźbiarza Auberta, przedstawia zgasłego uczonego w postawie stojącej, w ubraniu, jakie zwykł nosić w swej pracowni fizyologicznej, trzymającego w lewej ręce żabę a w prawej nóż do wiwisekcyi.

— Akademia nauk moralnych i politycznych w Paryżu przyznała na podstawie zdania sprawy E. Levasseura nagrodę w kwocie 12000 franków z zapisu Audiffreda Drowi Rouxowi z zakładu pasteurowskiego za badania naukowe nad leczeniem błonicy.

— W urzędzie lekarskim Cesarstwa niemieckiego radzono w dniu 3. b. m. nad znaczeniem surowicy leczniczej dla błonicy. Oświadczono, że terapeutyczne doświadczenia nie posunęły się jeszcze tak daleko, aby była potrzeba ogólnego użycia surowicy pod opieką władz rządowych. Reprezentanci Prus przemawiali za objęciem wyrobu surowicy przez państwo, przeważna zaś część reprezentantów państw południowych była zdania, że na razie nie ma potrzeby interwencyi rządowej.

— Na propozycyę Dra Biggsa postanowiła komisya sanitarna nowojorska, że każdy dom, w którym wydarzy się przypadek choroby zaraźliwej, oznaczony będzie w celu ostrzeżenia publiczności wielką kartą papieru i to czerwonego dla płonicy, białego dla błonicy a niebieskiego dla odry.

— Znany farmakolog niemiecki, prof. Husemann w Gietyndze donosi, że w Nowej Walii Południowej w Australii pojawiła się w ostatnich 2 lub 3 latach u koni epizoocya ślepoty, która już koło 25% zwierząt tych pozbawiła całkiem wzroku a u reszty wzrok bardzo znacznie upośledziła. Ze zbadania zwierząt dotkniętych tą chorobą w szkole weterynarskiej w Melbourne pokazało się, że choroba ta postępująca ciągle, dopóki zwierząt nie wydali się z okolicy, w której zachorowały, nie jest zapalną, lecz polega na pierwotnym zaniku nerwu wzrokowego. Jest domysł uzasadniony, iż przyczyną tej groźnej dla chowu koni epizoocyi jest domieszka do paszy osobnego tytoniu (*nicotiana suaveolens*), bardzo podobnego pod względem działania toksycznego do tytoniu zwykłego (*nicotiana tabacum*). Dalsze badania naukowe zdołają zapewne wyjaśnić całą tę sprawę, tak ważną pod względem nie tylko farmakologicznym, ale i ekonomicznym.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy przemyski rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Medyce (stacyi kolei krakowsko-lwowskiej). Pensya 500 złr. i 300 złr. ryczałtu na podróże. Termin podania się do 1. Grudnia b. r.

— Konkurs. Zarząd miasta Lubaczowa (w Galicyi) rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego. Pensya roczna 500 złr. Termin podania się do 1. Lutego 1895.

Redakcya otrzymała:

J. Bogdanik: Mastdarmresection wegen Vorfall. (Odbitka z *Archiv für klin. Chirurgie*).

E. Biernacki: Afazya w świetle badań współczesnych (Odczytów klinicznych wydawanych przez redakcyą *Gazety lekarskiej* Nr. 68 i 69).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

C. k. Dyrekcya ruchu kolei państwowych w Krakowie.

Do L. 39811.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Na posadę lekarza kolejowego c. k. kolei państwowych z siedzibą w Muszynie, ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego w Muszynie przydzielona jest przestrzeń od kilometra 113 do kilometra 146 na linii Tarnów-Orló, jakoteż przestrzeń od kilometra 55·4 do kilometra 58·3 na stronie węgierskiej wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i stacyami Piwniczna, Żegiestów i Muszyna. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą ta połączone jest honoraryum w kwocie 570 złr. rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone, wnosić należy do dnia 20. Listopada b. r. do c. k. Dyrekcyi ruchu kolei państwowych w Krakowie (Sekretaryat), gdzie też i bliższych informacyj zasięgnąć można. Posada powyższa obsadzoną będzie od 1. Stycznia 1895 r.

Kraków dnia 19. Października 1894.

Za dyrektora ruchu

156—3—3 *Horoszkiewicz.*

L. 7368.

KONKURS.

W skutek rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego we Lwowie z dnia 9. Października 1894. do l. 52996. ogłaszam niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w tutejszym szpitalu powszechnym pod następującymi warunkami:

1) że kandydat jest obywatelem Austro-węgierskiej monarchii;
2) jest doktorem wszech nauk lekarskich;
3) nie przekroczył wieku lat 40;
4) odbywał przynajmniej jednoletnią praktykę lekarską w jednym z szpitali powszechnych.

Do posady tej przywiązaną jest płaca roczna w kwocie 400 złr. w. a.

Posada ta nadaną będzie na razie prowizorycznie a stabilizacya nastąpi po roku służby.

Podania udokumentowane należy wnosić do d. 15. Listopada 1894. na ręce burmistrza.

Stryj dnia 17. Października 1894. 155—3—3

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.